



Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Ana Majdančić

Percepcija različitih psihičkih bolesti kod oboljelih i članova njihovih obitelji

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentor: prof.dr.sc. Željka Kamenov

Zagreb, 2018

Specijalistički studij kliničke psihologije

Specijalistički rad obranjen je (23.5.2018.) pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr.sc. Nataša Jokić- Begić

predsjednica povjerenstva

2. prof. dr.sc. Ivanka Živčić Bečirević

članica povjerenstva

3. prof. dr. sc. Željka Kamenov

članica povjerenstva

Zahvaljujem se, mentorici prof. dr.sc. Željki Kamenov na stručnom vođenju, nesebičnom uloženom vremenu, savjetovanju i potpori koju mi je pružila prilikom izrade ovog rada.

Posebno se zahvaljujem svim sudionicima ovog istraživanja, oboljelima i članovima njihovih obitelji.

Hvala kolegici Eni Ivezić na pomoći pri prikupljanju podataka.

Hvala kolegicama Jadranki, Emini, Mariji i Eleonori na savjetima i prijateljskoj podršci.

I hvala Ivanu, Zrinki i roditeljima na strpljenju, razumijevanju te Kreši i kćerkici Teni na poticanju.

Životopis mentora

Prof. dr. sc. Željka Kamenov zaposlena je kao redovita profesorica u trajnom zvanju na Katedri za socijalnu psihologiju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Znanstveni stupanj doktora znanosti iz socijalne psihologije stekla je 1998. godine obranom disertacije pod naslovom "Socijalna (ne)prikladnost prosudbe o uzrocima ponašanja temeljene na grupnoj pripadnosti".

Nastavnica je na preddiplomskom, diplomskom, specijalističkom i doktorskom studiju psihologije u okviru kojih vodi kolegije: Socijalna percepcija i stavovi, Socijalna kognicija, Komunikacijske vještine, Psihologija roda i spola, Psihologija partnerskih odnosa, Kognitivna socijalna psihologija, Suvremeni pristupi istraživanjima bliskih odnosa. Kao nastavnica iz područja socijalne psihologije, metodologije istraživanja i komunikacijskih vještina surađuje i na doktorskim studijima glotodidaktike, kineziologije i socijalnog rada. Zajedno s prof. dr. sc. Vesnom Vlahović-Štetić dobitnica je državne Nagrade Ivan Filipović za doprinos visokom školstvu u RH.

Njeni istraživački i stručni interesi usmjereni su na područje socijalne kognicije (pojam o sebi i drugima, atribucijski procesi, samoregulacija, kognitivni pristup stereotipima, stavovi) kao i na područje bliskih odnosa (privrženost u odrasloj dobi; ljubavi, prijateljski i obiteljski odnosi u odrasloj dobi; rodne uloge). Vodila je niz domaćih i međunarodnih znanstvenih projekata, među kojima su «Uloga socio-kognitivnih procesa u samoregulaciji i interpersonalnim odnosima», «Percepcija, iskustvo i stavovi o rodnoj diskriminaciji u RH», «Nacionalni i europski identitet» te «Rodne, generacijske i kulturalne razlike u izražavanju ljubavi među bračnim partnerima».

Pod njenim mentorstvom izrađeno je i obranjeno više od 90 diplomskih radova, dva magistarska rada, dva specijalistička rada iz kliničke psihologije i devet doktorskih disertacija. Objavila je više od 50 izvornih znanstvenih radova, urednica je i koautorica 7 znanstvenih knjiga, napisala je dva stručna priručnika te uredila tri knjige sažetaka sa znanstvenih skupova. Održala je desetak pozvanih predavanja i podnijela više od 130 priopćenja na međunarodnim i domaćim znanstvenim i stručnim skupovima.

Članica je Hrvatskog psihološkog društva, Hrvatske psihološke komore, Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije, Društva za psihološku pomoć, International Association for Relationship Research te Society for Personality and Social Psychology.

Sažetak

Najpoznatija teorija koja nastoji objasniti bolesnikov doživljaj bolesti je Leventhalov model samoregulacije, vodeći se tom teorijskom podlogom, ovo istraživanje nastoji ispitati kako određene psihičke bolesti percipiraju sami oboljeli i članovi njihovih obitelji te u kojoj mjeri je ta njihova percepcija povezana s prilagodbom određenoj bolesti.

U ispitivanju je sudjelovalo ukupno 160 sudionika oboljelih od depresije, shizofrenije i PTSP-a te 80 članova njihovih obitelji. Primjenom Upitnika doživljaja bolesti (IPQ-R) ispitala se kvantitativna procjena doživljaja bolesti uzimajući u obzir komponente Leventhalovog modela samoregulacije. Kako bi se dobio detaljniji uvid u doživljaj bolesti oboljelih, provedene su po dvije fokusne grupe s oboljelima od depresije, shizofrenije i PTSP-a.

Obrada rezultata ukazala je kako sve tri skupine oboljelih od psihičkih bolesti opisuju bolest kao kroničnu s naglaskom na farmakoterapiju. Izraženija depresivna slika pokazala se vezana za percepciju manjeg broja simptoma, slabije mogućnosti kontrole putem tretmana te percepcije bolesti kao dugotrajnije. Oboljeli od depresije percipiraju mogućnost osobne kontrole i kontrole putem tretmana u manjoj mjeri nego oboljeli od shizofrenije, no u nešto većoj mjeri nego oboljeli od PTSP-a. Dobiveno ukazuje da oboljeli od shizofrenije naglašavaju značajno veći broj simptoma, te percipiraju u značajnoj mjeri mogućnost kontrole putem tretmana i mogućnost osobne kontrole nad bolesti. Oboljeli od PTSP-a u odnosu na druge oboljele, u značajnoj mjeri percipiraju posljedice bolesti te pokazuju značajno niži rezultat kada je u pitanju mogućnost kontrole bolesti (i tretmanom i osobno). Općenito se kod oboljelih pokazalo da, što je veća percepcija kontrole putem tretmana, to je i bolje razumijevanje bolesti te bolja emocionalna prilagođenost bolesti, dok, što je veća percepcija posljedica, to je lošija emocionalna prilagođenost. Članovi obitelji percipiraju značajno veći broj posljedica u odnosu na oboljele te su se pokazali u manjoj mjeri emocionalno pogođeni bolešću. Kao prediktor emocionalne prilagođenosti kod članova obitelji, značajnim se pokazalo trajanje bolesti (percepcija bolesti kao kronične rezultira lošijom emocionalnom prilagodbom). Uz to se pokazalo da članovi obitelji oboljelih od PTSP-a imaju veću percepciju osobne kontrole i kontrole putem tretmana te slabije razumijevanje bolesti, a članovi obitelji oboljelih od shizofrenije puno bolje razumijevanje bolesti.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na različitost percepcije bolesti među oboljelima, ali i članovima njihovih obitelji. Navedene razlike mogu u značajnoj mjeri pomoći pri planiranju budućih psihoedukacija te grupa podrške i za oboljele i za članove njihovih obitelji.

Ključne riječi: percepcija bolesti, IPQ-R, depresija, shizofrenija, PTSP

Abstract

The most famous theory which explains the patient's illness is Leventhal's model of self-regulation. Using this model, aim of this study is to examine how certain mental illnesses are perceived by the patients and members of their families and to what extent their perception is related to adaptation to a particular disease.

A total of 160 patients with a diagnosis of depression, schizophrenia and PTSD and 80 members of their families participated in this study. Using the Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) a quantitative assessment of the disease experience was considered; taking into account the Leventhal model of self-regulation. In order to obtain a more detailed insight into the illness experience, two focus groups with each group of patients (depression, schizophrenia, PTSD) were included.

The results indicated that all three groups of patients described their disease as chronic with an emphasis on pharmacotherapy. A larger number of depressive symptoms was associated with perception of smaller number of symptoms, less controllability by treatment and chronic timeline of depression. Patients with depression perceived depression as more controllable by treatment and in person then patients with PTSD, but less then patients with schizophrenia. In this study, sch patients emphasize significantly more symptoms and perceive higher possibility of control through treatment and the possibility of personal control of the disease. Patients with PTSD compared to other two groups are prone to perceive significantly more consequences of the disease and show the lowest outcome when it comes to the possibility of controlling the disease (both in treatment and in person). Our study has shown, in case of patients, that greater perception of treatment control leads to better understanding of the disease and better emotional adaptation to the disease. Also, greater perception of consequences leads to poor emotional adaptation. Family members recognized significantly more consequences of the disease in relation to the patients and were less emotionally affected by the disease. In family members as a predictor of a emotional adaptation to the disease significant factor was duration of the disease (poorer emotional adaptation is associated with perception of the disease as chronic). Also, higher perception of personal and treatment control was detected in family members of PTSD patients, while family members of sch patients had shown better understanding of the disease.

The results of this study point to the difference in perception of illness among the patients and their family members. These differences can significantly contribute to further planning of psychoeducation, support groups for patients and their family members.

Key words: Illness perception, IPQ-R, depression, schizophrenia, PTSD

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. PERCEPCIJA PSIHIČKE BOLESTI	5
1.2. LEVENTHALOV MODEL SAMO-REGULACIJE	6
1.3. REZULTATI ISTRAŽIVANJA KOD RAZLIČITIH DIJAGNOSTIČKIH SKUPINA	9
1.4. PERCEPCIJA BOLESTI KOD BLISKIH ČLANOVA OBITELJ	12
1.5. ISTRAŽIVANJA KOJA UKLJUČUJU LEVENTHALOV MODEL NA HRVATSKOJ POPULACIJI	13
2. CILJ	16
3. METODOLOGIJA RADA	18
3.1. KVANTITATIVNI DIO ISTRAŽIVANJA	18
3.2. KVALITATIVNI DIO ISTRAŽIVANJA	21
3.3. SUDIONICI	22
3.4. POSTUPAK	26
4. REZULTATI	28
4.1. REZULTATI KVANTITATIVNOG DIJELA ISTRAŽIVANJA	28
4.1.1. Razlike u kognitivnim shemama oboljelih od depresije, shizofrenije i PTSP-a	28
4.1.2. Percepcija mogućih uzroka bolesti kod oboljelih sudionika	30
4.1.3. Razlike u percepciji psihičke bolesti između oboljelih i članova njihove obitelji	34
4.1.4. Razlike u percepciji mogućih uzroka bolesti između oboljelih i članova njihove obitelji	40
4.1.5. Povezanost emotivne prilagođenosti bolesti s kognitivnim shemama oboljelih i kognitivnim shemama članova njihove obitelji	42
4.2. REZULTATI KVALITATIVNOG DIJELA ISTRAŽIVANJA	44
5. RASPRAVA	57
5.1.1. Depresija	57
5.1.2. Posttraumatski stresni poremećaj	59
5.1.3. Shizofrenija	61
5.2. POVEZANOST EMOTIVNE PRILAGOĐENOSTI BOLESTI S KOGNITIVNIM SHEMAMA OBOLJELIH I KOGNITIVNIM SHEMAMA ČLANOVA NJIHOVE OBITELJI	64
5.3. MOGUĆE KLINIČKE IMPLIKACIJE ISTRAŽIVANJA	66
5.4. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA	67
5.5. PREPORUKE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA S PSIHIČKI OBOLJELIMA	69
5.6. PREPORUKE ZA KLINIČKU PRAKSU	70
6. ZAKLJUČAK	72
7. LITERATURA	74
8. PRILOG 1	81
8.1. PRILOG 2	85
8.2. PRILOG 3	86
8.3. PRILOG 4	88

1.Uvod

Gledajući općenito, svjesnost o psihičkim bolestima i teškoćama s kojima se susreću oboljeli znatno je porasla tijekom zadnja dva desetljeća. Na praktičnoj razini to je vidljivo kroz niz prava koja ostvaruju oboljeli, ali i kroz različite medije (knjige, filmove i sl.) koji u velikoj mjeri u svome izražaju ističu iskustva oboljelih (Aggarwal, 2012.). Nizom različitih programa već duže vrijeme nastoje se približiti poteškoće psihičkih bolesnika široj populaciji, tj. potiče se destigmatizacija psihičkih bolesnika kako bi se unaprijedila njihova kvaliteta života. Iza toga je i niz istraživanja koja se bave percepcijom psihičkih bolesnika, ponašanjem usmjerenim prema njima kao i nizom stereotipa o njima i o psihičkim bolestima općenito (npr. Aggarwal, 2008; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, Rowlands, 2000; Arvaniti i sur., 2009; Wahl i Aroesty-Cohen, 2010; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, Leese, 2009.). No, usprkos tome postoji još uvijek veliki broj onih čija je percepcija psihičke bolesti iskrivljena, čemu u znatnoj mjeri doprinose i određeni medijski sadržaji i način na koji prikazuju oboljele i njihove simptome.

Svaki pojedinac, u trenutku kada oboli od neke psihičke bolesti i dobije određenu dijagnozu, o njoj stvara određeno mišljenje. To mišljenje oblikovano je njegovim dotadašnjim znanjem/neznanjem o toj bolesti, ali i znanjem/neznanjem koje imaju članovi njegove obitelji ili poznanici oboljeli od iste ili slične bolesti. Petrie i Weinman (2006.) iznose kako oboljeli vrlo brzo pronalaze vlastita tumačenja mogućih uzroka bolesti te kako su u današnje vrijeme skloniji govoriti o stresu, nezdravom načinu življenja ili zagađenju kao mogućim uzrocima. Autori naglašavaju kako se tumačenje mogućih uzroka može kod oboljelih u velikoj mjeri razlikovati od medicinskih stajališta, što onda značajno utječe i na traženje specifičnog tretmana. Također percepcija uzroka bolesti samih oboljelih utječe i na njihovu emocionalnu reakciju, koja kod nekih može biti u vidu krivnje, što može značajno otežati prilagodbu na bolest. Oboljeli stvaraju i očekivanja o mogućim posljedicama koje će bolest imati na sve aspekte njihova života (odnose s drugima, posao, financije, slobodno vrijeme), koja su često većim dijelom odraz njihove subjektivne procjene težine simptoma nego objektivnih kliničkih pokazatelja.

Jednako tako, na oblikovanje percepcije utječe i mišljenje stručnog osoblja s kojima je oboljeli u kontaktu, ali i mišljenje najbližih članova njegove obitelji i okoline. Pri tome nekoliko autora naglašava da se kao najčešći stavovi o psihički oboljelima još uvijek nameću oni negativni, pri čemu ističu kao moguće pojave: nasilnost, nepouzdanost, nesposobnost i nekompetentnost (Aggarwal, 2008; Wahl i Aroesty-Cohen, 2010.). Negativni stavovi prisutni

su kako kod onih koji se nisu susreli s nekim tko je obolio, tako i kod obitelji oboljelih, medicinskog osoblja, a i samih oboljelih (Štrkalj-Ivezić i Martić-Biočina, 2010.). Navedeni stavovi, uz niz drugih stavova, mogu u znatnoj mjeri doprinijeti ignoriranju perspektive oboljeloga i tako izravno utjecati na sve aspekte njegova života (socijalni, radni, ali i općenito zdravstveni). Jokić-Begić, Kamenov i Lauri Korajlija (2005.) u svome istraživanju prikazuju kognitivnu shemu o psihički oboljelima na hrvatskom uzorku te također potvrđuju negativan stav sudionika prema psihički oboljelima. Oboljeli su najčešće okarakterizirani kao nestabilni, nepredvidivi, bolesni i nervozni pri čemu fokusne grupe u istom istraživanju ukazuju i na tendenciju udaljavanja od oboljelih kao i nespремnost od drugih sudionika da s oboljelim ostvare emocionalni odnos. Unatoč tome sudionici istraživanja iskazuju empatiju i sažaljenje prema oboljelima te analiza sugerira na nužnost edukacija koja bi ukazala na uzroke, liječenje i prevenciju kod psihičkih oboljenja.

Značajno je naglasiti da pojedina psihička oboljenja (npr. psihoze, ponavljajući depresivni poremećaj, trajne promjene na planu strukture ličnosti i dr.), kao jedno od primarnih obilježja imaju kronicitet, što također značajno utječe na percepciju same bolesti. Kronična bolest prema definiciji predstavlja bolest s akutnim ili subakutnim početkom bez potpunog izlječenja uz potrebu za dugotrajnom terapijom i rehabilitacijom (Havelka, 2002.). Stanton, Revenson, i Tennen (2007.) naglašavaju kako kronična bolest nosi sa sobom i psihološke i socijalne posljedice koje zahtijevaju značajnu promjenu, tj. prilagodbu pojedinca. S kroničnom psihičkom bolešću oboljeli s vremenom uči živjeti kao i njegova okolina. U tom razdoblju mijenjat će svoje mišljenje o simptomima, načinima koji mu mogu pomoći te općenito prema budućnosti koju donosi život s bolesti. Dio oboljelih će prihvatiti kroničnost kao obilježje bolesti bez značajnijih poteškoća, dok će dio oboljelih pokazati poteškoće na emocionalnom planu koje mogu utjecati na gotovo sve segmente života (posao, odnose s drugima, fizičko zdravlje i dr). Ajduković (2013.) u svome radu naglašava važnost suradničke paradigme liječenja kronične bolesti, prema kojoj liječnik i pacijent imaju ravnopravnu, zajedničku odgovornost za skrb o bolesti. Pri tome je uloga pacijenta u odnosu na akutna stanja puno veća jer, kako autorica navodi, većina liječenja tj. življenja s kroničnom bolešću podrazumijeva samozbrinjavanje u okviru vlastitog doma. Liječnik ima više ulogu edukatora koji je dužan prenijeti svoja znanja te naučiti oboljelog prepoznati vlastite simptome i reagirati na adekvatan način (npr. kod oboljelih od psihoza naučiti pacijenta što činiti u slučaju glasovnih halucinacija ili kod oboljelih od PTSP-a što činiti u slučaju osjećaja navale bijesa). Različitost u samome procesu prilagodbe na kroničnu bolest zahtjeva individualni pristup i pojedincu i njegovim bližnjima.

Niz teorija pokušava razjasniti što određuje prilagodbu bolesti. Walker, Jackson i Littlejohn (2004.) naglašavaju tri glavne paradigme koje obuhvaćaju: 1. biomedicinsku teoriju, 2. biopsihosocijalnu teoriju i 3. psihološku teoriju.

1. Biomedicinska teorija naglašava isključivo fizičko stanje organizma u smislu fizikalno-kemijskih procesa koji se vežu za bolest, njen uzrok, metode liječenja te moguće i na prevenciju. Sigurno je da ovaj model doprinosi razumijevanju kroničnih bolesti sa znanstvenog biološkog stajališta, no pri tome se zanemaruju psihološki i socijalni aspekti koji bi mogli doprinijeti razvoju bolesti.
2. Kao odgovor na biomedicinsku teoriju javlja se biopsihosocijalna teorija psihijatra Georga Engela (1977.), prema kojoj je bolest odraz bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika te njihove međusobne ovisnosti. Engel naglašava kako na samu bolest osim bioloških čimbenika utječu i psihološki, kao što je percepcija simptoma, njihovo tumačenje, odnos s liječnikom, a što je onda vezano i za samo liječenje i proces rehabilitacije, te socijalni čimbenici kao što su npr. socioekonomski uvjeti.
3. Za razliku od biomedicinske teorije koja svoje početke ima u davnoj prošlosti, psihološka teorija prisutna je tek pola stoljeća, a ovdje ćemo spomenuti neke od modela koje obuhvaća. Kao tri najznačajnija modela izdvajaju se: a) model kognitivne prilagodbe na bolest, b) paradigma stresa i suočavanja c) model samoregulacije.

Prema Taylor (1983.), koja predlaže model kognitivne prilagodbe na bolest, proces prilagodbe obuhvaća tri komponente: 1. traženje smisla u samom iskustvu (bolesti), 2. težnju za postizanjem kontrole nad bolešću i 3. težnju za ponovnom uspostavom samopoštovanja. Kronična bolest za pojedinca predstavlja neugodno i neočekivano iskustvo koje ga prisiljava na redefiniranje dotadašnjeg svakodnevnog života i definiranje značenja bolesti, koje će onda utjecati i na samo ponašanje tj. svakodnevnicu (Fife, 1995.). Značenje podrazumijeva posljedice koje kronična bolest nosi sa sobom kako za samog pojedinca, tako i za njegove odnose s drugima. Prema Shapiro i sur. (1998.), prihvaćanje posljedica i učenje kako živjeti s njima predstavlja neizostavnu komponentu u postizanju osjećaja kontrole nad bolešću, koja vodi ka boljoj prilagodbi na cjelokupno stanje. Taylor (1983.) naglašava kako pojedinac može imati osobnu percepciju kontrole nad bolešću, ali i percepciju da drugi (medicinsko osoblje ili bližnji) imaju kontrolu nad simptomima tj. tijekom bolesti. Ista autorica ističe kako istraživanja ukazuju da je pri većoj percepciji kontrole niži stupanj zabrinutosti tijekom vremena (tj. percepcija kontrole i stupanj zabrinutosti su obrnuto proporcionalni).

Pojedini autori naglašavaju kako se kronična bolest ne treba promatrati isključivo kao negativni događaj nego kao psihosocijalna tranzicija koja omogućava pojedincu da restrukturira svoje

vrijednosti, stavove i ponašanje, te ga na taj način dovode do pozitivne psihološke promjene (Shapiro i sur., 2001.).

Lazarusov model stresa i načina suočavanja (Lazarus i Folkman, 1984.) ukazuje da prilagodba na kroničnu bolest podrazumijeva svjesnu procjenu pojedinca kako je to stanje koje remeti njegov odnos s okolinom. Prema navedenom modelu, kognitivna procjena situacije i suočavanje s njom predstavljaju ključne elemente. Kognitivna procjena obuhvaća procjenu važnosti i značenja same bolesti za pojedinca, te mogućnost utjecaja na bolest, tj. kontrole nad njom. Ona u potpunosti definira način suočavanja s bolešću, koji prema Lazarusu i Folkmanu može obuhvatiti suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije. Autori ističu da je suočavanje usmjereno na emocije obično korisnije u početnim fazama stresnog događaja dok su strategije usmjerene na problem korisnije u kasnijim fazama. Što je percepcija kontrole veća, to je izraženije suočavanje usmjereno na problem (traženje informacija, rješavanje problema i direktno traženje rješenja), dok je niža percepcija kontrole povezana sa suočavanjem usmjerenim ka emocijama (izbjegavanje, traženje socijalne podrške, udaljavanje) (Folkman and Greer, 2000.). Uz ranije navedeno, Lazarus i Folkman (1984.) dodaju i osobine pojedinca i obilježja okoline kao moguće čimbenike koji mogu doprinijeti suočavanju s kroničnom bolešću. Osobine ličnosti kao što su neuroticizam, introverzija, anksioznost povezane su s kognitivnom procjenom, a time i s načinom suočavanja s bolešću. Arambašić (Pregrad, 1996.) također ističe osobine kao što su generalizirana samoeфикаsnost, samopoštovanje, optimizam, osjećaj bespomoćnosti i neuroticizam, te njihovu znatnu ulogu u kognitivnoj procjeni i načinu suočavanja s novim/ nejasnim situacijama u životu (kao što je i bolest).

Posljednji od spomenuta tri modela je model samoregulacije autora Leventhala, Nerenza i Steele-a (1984.) prema kojem oboljeli ima mentalne sheme o bolesti koje imaju i kognitivnu i emocionalnu komponentu. Ovaj model će naknadno biti detaljnije pojašnjen.

Uz navedene teorije pojedini autori definiraju socioekonomski status, kulturološke te spolne i rodne razlike kao više distalne u smislu doprinosa predviđanja prilagodbi bolesti, dok međuljudske odnose, osobine ličnosti, kognitivnu procjenu i mehanizme suočavanja definiraju kao proksimalne odrednice (Stanton i sur., 2007.).

Spoznaja načina na koji oboljeli percipira vlastitu bolest od jednakog je značaja kako za bliske članove obitelji tako i za stručno osoblje. Tako, na primjer, Gregurek (2006.) ukazuje na važnost spoznaje liječnika o tome na koji način oboljeli doživljava svoju bolest kako bi se povećalo samostalno provođenje terapije kod oboljelog i na taj način u značajnoj mjeri poboljšala medicinska skrb za oboljelog. Oboljeli uz članove bliže obitelji zajednički prolazi

put oporavka i suživota s kroničnom bolešću. Upravo iz tog razloga važno je ukazati stručnjacima koji se bave mentalnim zdravljem na njihov velik i nezamjenjiv doprinos u formiranju percepcije oboljelog o vlastitoj bolesti. Osvijestiti im važnost načina na koji će se razjasniti mogući proces bolesti i tako pomoći oboljelima i njihovim bližnjima u formiranju percepcije o bolesti. Marshall, Bell i Moules (2010.) ukazuju na to da kod psihičkih oboljenja oboljeli i obitelj zajednički dijele to iskustvo, ali istovremeno ga različito proživljavaju što zahtijeva specifičan pristup. Autori naglašavaju kako su članovi obitelji izloženi brojnim izazovima, navodeći pri tome stigmatu, nerazumijevanje i poteškoće u komunikaciji s medicinskim osobljem, strah od agresije, tugu, žalovanje zbog mogućeg suicida, sram, krivnju i dr. Psihičku bolest definiraju kao dugo individualno putovanje obilježeno trpljenjem nerazumijevanja, stigme, izolacije i ostalih izazova te zbog toga naglašavaju značaj specifične skrbi i brige za oboljelog i obitelj. Diminić-Lisica i Rončević-Gržeta (2010.) ukazuju da većina obitelji u slučaju kronične bolesti reagira strahom i pojačanom međuovisnosti članova, no sama prilagodba na kroničnu bolest ovisit će o kohezivnosti, prilagodljivosti, komunikaciji i organizaciji članova obitelji. U istom radu ističe se javljanje i ispreplitanje različitih emocija koje utječu na promjenu odnosa i uloga među članovima obitelji. U početku je moguća negacija, slijedi depresivna faza koja vodi ka prihvatanju bolesti. Upravo će način na koji će emocije biti prorađene odrediti i način prilagodbe članova. Na primjer, u slučaju ambivalencije u odnosima prije javljanja kronične bolesti moguće je javljanje osjećaja krivnje, potreba za dominacijom, preuzimanje uloge žrtve (Diminić- Lisica i sur., 2010.).

Javorić, Petriček, Plešić i Vrcić – Keglević (2010.) ističu kako je dokazano da će skrb koja uzima u obzir doživljaj bolesti oboljelog rezultirati većim zadovoljstvom, boljom suradljivošću, većom samostalnošću oboljeloga te ukupno boljim kontinuitetom skrbi.

1.1.Percepcija psihičke bolesti

U načelu, percepcija psihičke bolesti obuhvaća kognitivne sheme vezane za psihičku bolest. Shema se definira kao kognitivna struktura koja predstavlja organizirano znanje o nekom danom konceptu (u ovom slučaju psihičkoj bolesti) ili podražaju, a koja utječe na percepciju, pamćenje i zaključivanje (Hewstone, Stroebe, 2001.). Razumijevanje percepcije psihičkih bolesti sa sobom nosi niz različitih problema, tim više jer razlike mogu postojati ne samo među specifičnim dijagnozama nego i između pojedinaca koji imaju jednake dijagnoze. Tijekom godina psiholozi su razvili različite teorijske modele na planu socijalne kognicije kojima pokušavaju rastumačiti različitosti u ponašanju kod zdravih i oboljelih (Connor,

Norman, 1995.). Petriček (2012.) navodi niz modela kojima se tumači zdravstveno ponašanje: model zdravstvenih uvjerenja, socijalno kognitivnu teoriju Alfreda Bandure, Mechanicovuopću teoriju ponašanja pri traženju pomoći, Suchmanov model faza u doživljaju bolesti-bolesničkom ponašanju, koncept bolesničke karijere, situacijsko-adaptacijski model, teoriju planiranog ponašanja, protekcijsko-motivacijski model, Leventhalov model samoregulacije, hipotezu podudaranja s realnošću, fenomen promjene u očekivanjima, fenomen smanjenja broja životnih ciljeva, te model prilagodbe na kroničnu bolest Parka i Folkmana. No, jedan od najpoznatijih i najviše proučavanih modela je Leventhalov model samo- regulacije, koji je odabran i kao teorijska podloga ovog rada.

1.2. Leventhalov model samo-regulacije

Prema modelu, koji je predložio Leventhal (Leventhal, Nerenz, Steele, 1984.), ljudi su aktivni u rješavanju vlastitih problema i njihovo ponašanje je određeno njihovom percepcijom okoline. Keib, Reynolds i Ahijevych (2010.) potvrđuju kako su, prema ovom modelu, oboljeli motivirani na reguliranje ili umanjivanje zdravstvenog rizika tako da smanje prijetnje za zdravlje koje su u skladu s njihovim percepcijama. Kada govorimo o bolesti, model razlikuje tri faze samoregulacije kroz koje prolazi oboljeli: 1. formiranje percepcije bolesti, 2. suočavanje i 3. proces procjene u kojem se evaluiraju rezultati načina suočavanja. Percepcija bolesti je zapravo ključan element za suočavanje s istom. Način na koji će se bolesnik suočiti s bolešću, tj. koju će strategiju odabrati, vođen je percepcijom bolesti i evaluacijom načina suočavanja. Bolesnik, da bi se suočio s vlastitom bolešću, formira mentalne sheme o bolesti, koje imaju i kognitivnu i emocionalnu komponentu.

Kognitivna komponenta obuhvaća pet dimenzija:

1. *Identitet*- pripisivanje određenih simptoma samoj bolesti što oblikuje vjerovanje o identitetu bolesti.
2. *Uzrok*- ideje koje oboljeli ima o uzroku bolesti što mu na neki način daje osjećaj kontrole i predvidljivosti. Vjerovanje u određeni uzrok bolesti na direktan način utječe kako na emocionalnu reakciju tako i na traženje pomoći i odabir same metode liječenja.

Pri tome se izdvajaju tri aspekta uzroka:

- a) lokus uzročnosti- koji može biti internalni i eksternalni
- b) stabilnost- u smislu promjenjivosti tijekom vremena

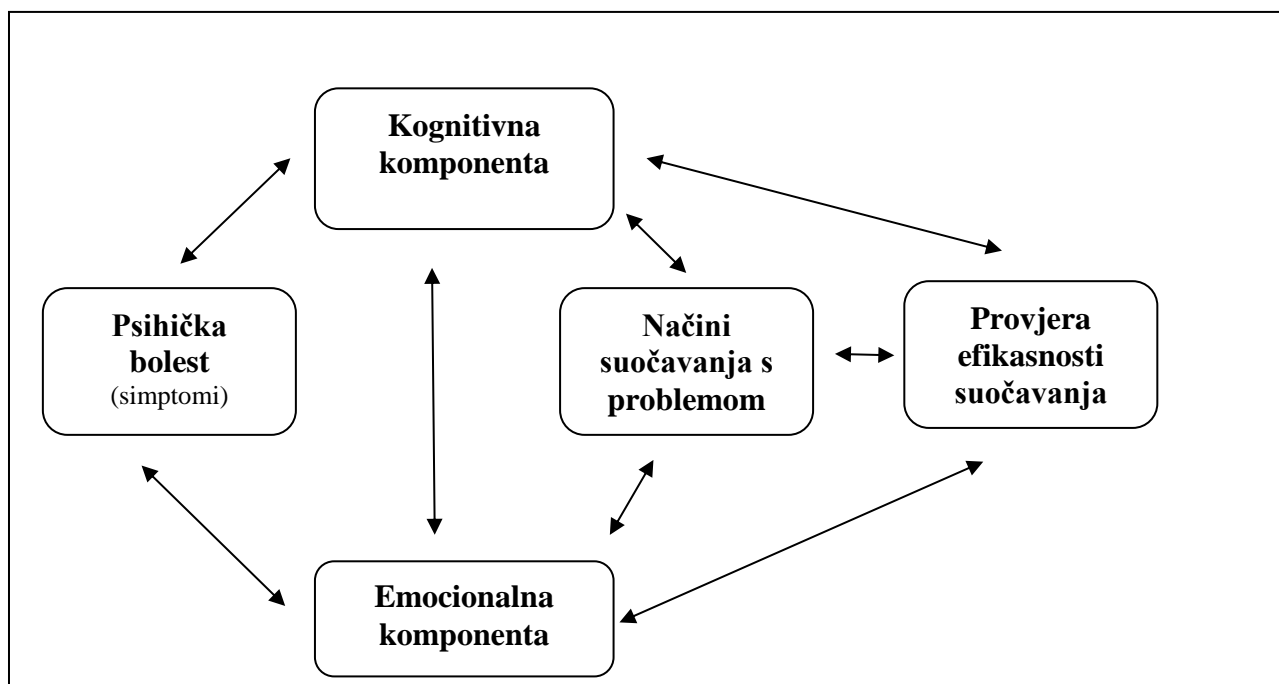
c) mogućnost kontrole– postoji li vlastita kontrola nad uzrokom

Ukoliko npr. oboljeli vjeruje kako je psihička bolest uzrokovana nečim eksternalnim, stabilnim i što nije pod vlastitom kontrolom, izbjegavat će suočavanje s bolešću i puno će joj se teže prilagoditi. Ukoliko oboljeli vjeruje da je uzrok internalni, promjenjiv i pod vlastitom kontrolom, lakše će se prilagoditi i suočiti s bolešću.

3. *duljina trajanja bolesti* – procjena oboljeloga koliko će dugo bolest trajati. U slučaju prvog suočavanja s kroničnom bolešću, za očekivati je duži vremenski period prilagodbe na samu bolest.
4. *posljedice bolesti*- percepcija posljedica koje oboljeli očekuje.
5. *mogućnost kontrole* – uvjerenje oboljelog o tome koliko bolest ovisi o samoregulaciji, a koliko o kontroli putem tretmana.

Emocionalna komponenta obuhvaća emotivnu prilagođenost, tj. spoznaju koliko je osoba emotivno pogođena bolešću, koliko bolest oboljeloga čini depresivnim, uzrujanim, ljutim, koliko ga plaši, zabrinjava i slično (Leventhal i sur., 1984.). Leventhal prvi uvodi emocionalni odgovor na bolest kao odvojenu komponentu tj. proces koji se odvija paralelno s kognitivnim i bihevioralnim odgovorom. Za razliku od nekih drugih modela (npr. Lazarusov model), koji stavljaju naglasak isključivo na kognitivne i bihevioralne reakcije, ovaj model podrazumijeva paralelne i interaktivne procese između bihevioralnog, kognitivnog i emocionalnog odgovora na bolest.

Navedene komponente su u stalnom međuodnosu kontinuirane povratne sprege (slika 1). Prema grafičkom prikazu vidljivo je da kognitivna i emocionalna komponenta čine okvir za razumijevanje bolesti te usmjeravaju ponašanje oboljeloga u određenom smjeru i daju procjenu efikasnosti tog ponašanja. Po principu povratne sprege informacije o efikasnosti suočavanja, te o određenom načinu suočavanja, vraćaju se na početnu percepciju o bolesti koja se onda mijenja ovisno o samom stanju.



Slika 1. Grafički prikaz Leventhalovog modela samo-regulacije

Na primjer, ukoliko netko sazna da boluje od psihičke bolesti (npr. depresije, PTSP), svoj model percepcije bolesti oboljeli će stvarati na temelju njemu dostupnih informacija te iskustva koje je do tada imao s istom bolesti. Ukoliko je oboljeli možda poznao nekoga oboljelog od iste bolesti, tko je možda počinio i suicid, tada će se model temeljiti i na jakoj emocionalnoj predodžbi. Petriček (2012.) navodi kako su upravo emotivne predodžbe vezane za viši stupanj afektivnog i kada se aktiviraju, obično nadjačaju kognitivne predodžbe. Vidljivo je kako način na koji će netko percipirati bolest predstavlja složeni proces unutar kojeg osoba pokušava integrirati internalne i eksternalne podražaje, tj. informacije o bolesti sa postojećim kognitivnim shemama, kako bi svojoj bolesti odredila značenje.

Navedene komponente modela moguće je kvantitativno utvrditi pomoću „Upitnika doživljaja bolesti“ („Illness Perception Questionnaire- IPQ) Weinmana, Petriea, Moss-Morrisa i Hornea 1996.), koji se pokazao korisnim ne samo u procjeni percepcije somatskih bolesti, nego i u procjeni percepcije psihičkih bolesti (Barrowclough, Lobban, 2001; Fortune, Barrowclough, Lobban, 2004; Lobban, Barrowclough, Jones, 2005.). Niz dosadašnjih istraživanja pokazalo je iznimno dobre psihometrijske karakteristike upitnika te njegovu široku mogućnost primjene na planu psihičkih oboljenja. Potvrda navedenog je i pregledni rad Bainesa i Wittkowskog (2013.) koji u svome zaključku ističu konzistentnost dimenzija po Leventhalu u različitim radovima te njihovu međusobnu korelaciju kao dobar prediktor ishoda liječenja, ali i samoga načina suočavanja s bolesti. Isti autori naglašavaju kako se u većini radova kao uzrok

psihičkih bolesti ističe stres, pojačana briga, vlastito ponašanje i nisko samopoštovanje, dok se psihičke bolesti percipiraju kao kronične, cikličke s mogućim težim negativnim posljedicama. Percepcija psihičke bolesti kao kronične, s negativnim posljedicama, ali s mogućnosti kontrole, pokazala se kao prediktor aktivnijeg načina suočavanja i općenito aktivnijeg traženja pomoći kod različitih psihičkih bolesti. Uz to su se percepcija kontrole nad psihičkim oboljenjem i vjerovanje u djelotvornost tretmana pokazali kao ključni prediktori u aktivno uključivanje pacijenta u samo liječenje kao i spremnosti na aktivnost i promjenu. Obzirom na specifičnu kliničku sliku pojedinih psihičkih bolesti, autori naglašavaju važnost longitudinalnih studija koje bi jasnije ukazale na promjenu percepcije bolesti tijekom vremena i u odnosu na tijek pojedine bolesti.

Svakako je važno naglasiti da sama primjena IPQ-R ima značajnu kliničku vrijednost, s obzirom da daje mogućnost uvida u to na koji način pacijent percipira svoju bolest, zašto traži ili ne traži pomoć na vrijeme i na koji način će se suočiti s istom te kakav će to potencijalni ishod za njega imati.

1.3. Rezultati istraživanja kod različitih dijagnostičkih skupina

Percepcija bolesti istraživana je kod različitih psihičkih oboljenja, no ovaj rad stavit će naglasak na oboljele od depresije, shizofrenije te posttraumatskog stresnog poremećaja uzrokovanog aktivnim sudjelovanjem u ratu. Razlog za navedeno je činjenica da se depresija ističe kao jedan od najčešćih psihičkih oboljenja s kojima se ljudi danas susreću, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj. Istovremeno pojedini istraživači (Fortune i sur., 2004.) naglašavaju i to kako se unatoč širokom spektru farmakoterapije, te nizu psihoterapijskih tretmana za depresiju, bilježi još uvijek veliki broj onih koji odustaju od ponuđenih tretmana (ili niti ne traže pomoć) te smatraju kako bi upravo definiranje razlika u percepciji same bolesti moglo u značajnoj mjeri otkriti uzroke takvog ponašanja. Istraživanje Fortunea i suradnika (2004.) sugerira kako trenutna razina simptoma depresije značajno utječe na model tj. percepciju bolesti koju oboljeli stvara. Također navode kako depresivnije žene percipiraju veći broj simptoma koje procjenjuju u puno većoj mjeri ugrožavajućim te uz to i dugotrajnijim. Istovremeno percipiraju i puno manju mogućnost kontrole nad bolesti, te izraženiji osjećaj kako one same svojim ponašanjem zapravo doprinose bolesti. Kao i kod većine drugih istraživanja i u ovome se stres izdvaja kao najčešći uzrok depresije. Zanimljivo je da žene koje su imale depresivnu fazu, a trenutno se

osjećaju dobro, nemaju tako negativnu percepciju o svojoj bolesti. Stoga, autori naglašavaju kako bi bilo nužno provjeriti u kojoj mjeri izraženost simptoma djeluje na kognitivne sheme o samoj bolesti.

Dok se dio istraživača oslanja isključivo na žensku populaciju (Fortune i sur. 2004; O'Mahen, Flynn, Chermack, Marcus, 2009.), dio obuhvaća opću populaciju bez obzira na spol (Brown i sur., 2001.). No, većina istraživanja ukazuje kako oboljeli percipiraju depresiju kao bolest s puno simptoma, negativnih posljedica, kao cikličku i teže kontrolabilnu. Kao mogući uzrok se kod većine njih navodi stres, vlastito ponašanje, hereditet, odnosi s drugima te fizička oboljenja. Istovremeno O'Mahen i suradnici (2009.) ističu kako žene koje imaju iskustvo depresije u perinatalnom razdoblju, kao uzrok navode više medicinske razloge, kao npr. hormonske promjene, nedostatak sna te općenito promjene nastale u trudnoći.

Brown i suradnici (2001.) ukazuju na povezanost percepcije depresije i strategija suočavanja, navodeći da će oboljeli biti skloniji aktivnom suočavanju i planiranju ukoliko percepcija bolesti obuhvaća mogućnost kontrole bolesti, manje negativnih posljedica, te ne uključuje kronicitet, dok će distrakcija, ventiliranje i samookrivljavanje biti češće kod onih koji percipiraju puno veći broj depresivnih simptoma.

Obzirom da u Hrvatskoj populacija psihički oboljelih znatnim dijelom obuhvaća i oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja kao posljedice rata, željelo se utvrditi i njihovo viđenje vlastite bolesti. Kušević, Vukušić, Lerotić, Jokić-Begić i Bencarić (1999.) u svome radu koji obuhvaća 3504 aktivna sudionika Domovinskog rata ističu kako je PTSP utvrđen kod 16,6% uključenih u istraživanje dok se kod 10,4% bilježila djelomična klinička slika PTSP-a. Već 2000-te godine istraživanje Komara i Vukušić (1999.) na podjednako velikom uzorku (N=3217) ukazuje na 16,2% oboljelih od PTSP te čak 25,5% onih s djelomičnom kliničkom slikom PTSP-a. Iako su dobiveni podaci ukazivali na rast i moguću masovniju zastupljenost samog poremećaja, država je na vrlo nespretn način pronalazila adekvatan pristup rješavanju tog velikog društvenog (socioekonomskog) problema i pružanju stručne pomoći oboljelima, zbog čega trenutno veliki broj branitelja s dijagnozom PTSP-a predstavlja dodatne izazove cjelokupnom društvu. Naime, mnogi su u teškoj socioekonomskoj situaciji, trajno narušenih obiteljskih odnosa, autodestruktivnih obrazaca ponašanja, što dodatno povećava materijalne izdatke društva u smislu povećanih troškova tretmana te pokušaja sanacije nastalih socioekonomskih problema. Uvid u percepciju bolesti kod oboljelih, mogao bi biti dodatni izvor informacija kako im prilagoditi tretman i adekvatno pomoći.

Zanimljivo je kako se iz spektra anksioznih poremećaja istražuje uglavnom percepcija bolesti kod oboljelih od PTSP-a, ali uglavnom kao posljedice neke teže somatske kronične bolesti (doživljenog moždanog krvarenja ili srčanog udara). Ne nalazi se istraživanja o percepciji PTSP-a kao posljedici traume doživljene utjecajem čimbenika iz okoline. Prema istraživanju Sheldricka, Tarriera, Berry i Kincey (2006.), oboljeli od moždanog krvarenja ili srčanog udara kroz dulje vrijeme počinju percipirati sve manju kontrolu nad bolesti (kako osobnu tako i uz pomoć tretmana), počinju je doživljavati kroničnom što značajno utječe i na emotivnu prilagođenost. Ovim istraživanjem ispitat će se percepcija bolesti oboljelih od PTSP-a kao posljedici ratne traume. Pretpostavlja se kako će sudionici jednako tako PTSP okarakterizirati kao kroničnu bolest sa smanjenom mogućnosti osobne kontrole ili kontrole uz pomoć tretmana.

Uz navedeno, fokus će se staviti i na oboljele od shizofrenije. Prevalencija oboljelih od shizofrenije, prema Mimici i Folnegović-Šmalc (2006.), iznosi u svijetu uglavnom između 3 i 10 na 1000 tijekom razdoblja jedne godine, dok je u Hrvatskoj 4 na 1000. Iako je prevalencija podjednaka svugdje u svijetu, čak i unatoč novoj farmakoterapiji te terapijskim postupcima, sama shizofrenija i dalje predstavlja veliki izazov za oboljeloga, njegovu obitelj i društvo. Upravo iz tog razloga ovaj rad osvrnut će se i na percepciju bolesti kod oboljelih od shizofrenije. Na primjer, Lobban i suradnici (2005.) pokazali su da skupina oboljelih od shizofrenije percipira shizofreniju kao kroničnu bolest s nizom klinički značajnih simptoma. Kao uzrok nastanka najčešće su navodili osjetljivost na stresne događaje i utjecaj traumatskih događaja tijekom života. Također, oni koji su uzrok bolesti povezivali s nekim drugim čimbenicima, a ne psihičkim smetnjama i biološkim čimbenikom, češće su bili neredoviti u uzimanju propisane im farmakoterapije, a manje su bili uvjereni u mogućnost kontrole simptoma uz pomoć iste.

Iz preglednog rada Angermeyer i Dietrich (2006.), kojim su obuhvaćeni znanstveni radovi u razdoblju od 1990. do 2004. g. vezani za percepciju psihičke bolesti, vidljivo je da sudionici istraživanja puno češće simptome shizofrenije prepoznaju kao psihičku bolest, dok simptome depresivnosti i alkoholizma ne prepoznaju tako lako kao ozbiljne znakove psihičke bolesti. I u ovoj širokoj analizi znanstvenih radova psihosocijalni stresori ističu se kao prvi percipirani uzroci psihičkih bolesti u odnosu na biološke čimbenike. Među češćim uzrocima navode se i stresovi vezani za partnerske odnose i obitelj, ozljede glave i nasljednost. Autori navode kako većina istraživanja ističe psihološku pomoć kao prvi odabir u slučaju psihičkih tegoba, uz iznimku simptoma vezanih za shizofreniju, kada većina sudionika savjetuje odlazak psihijatru. Do izražaja dolazi i uvjerenje da je u slučaju i depresije i shizofrenije nužan tretman

kako bi se stanje popravilo, no isto tako više od 50% sudionika ne vjeruje u farmakoterapijski pozitivni utjecaj i mogućnost kontrole simptoma lijekovima.

Pregledni rad Baines i Wittkowski (2013.) navodi kako većina proučavanih istraživanja koja se bave percepcijom shizofrenije kod oboljelih ukazuje da oboljeli izvještavaju o značajnom broju simptoma, o cikličnosti i kroničnosti bolesti te djelomično i mogućnosti osobne kontrole nad samim stanjem. Općenito se ističe percepcija kontrole putem tretmana kao i razumijevanje bolesti od strane oboljelih. Kao najčešće uzroke shizofrenije u proučavanim istraživanjima oboljeli ističu stres, brigu, traumatske događaje, kemijski disbalans i prekomjerno razmišljanje o pojedinim stvarima.

Lobban, Barrowclough i Jones (2004.) te Watson i sur. (2006.) u svojim radovima ističu povezanost između dimenzija identiteta, trajanja bolesti i subskale posljedica s razinom anksioznosti i depresije kod oboljelih. Navode kako je viša razina anksioznosti i depresije povezana s percepcijom shizofrenije kao kronične bolesti s puno negativnih posljedica i simptoma. Pojedinci s većim uvjerenjem u djelovanje tretmana i mogućnost vlastite kontrole stanja, pokazali su bolje razumijevanje nastalog stanja te su percipirali shizofreniju kao bolest s manje negativnih posljedica i mogućnosti većeg osobnog angažmana. Percepcija shizofrenije kao bolesti s negativnim posljedicama pokazala se usko povezana s ishodima vezanim za kvalitetu života, zadovoljstvo mentalnim zdravljem i općenito funkcioniranjem u društvu. Lobban i sur. (2004.), kao i neki već prije spomenuti autori, također naglašavaju važnost proučavanja percepcije psihičkih bolesti kroz dulje vremensko razdoblje ili u određenim vremenskim točkama npr. u početnoj fazi, u fazi oporavka te kod ponovnog relapsa.

1.4. Percepcija bolesti kod bliskih članova obitelji

Jedan dio istraživača stavlja naglasak na proučavanje kognitivnih shema o psihičkoj bolesti kod obitelji oboljelih. S obzirom da članovi obitelji u značajnoj mjeri utječu na oboljele, sigurno je kako i u značajnoj mjeri utječu na stvaranje njihovih kognitivnih shema. No, kognitivne sheme oboljelih i članova njihovih obitelji mogu se razlikovati, a iz tog razloga mogu se razlikovati i sama očekivanja vezana za bolest. Definiranje razlika u kognitivnim shemama između članova obitelji i oboljelih u znatnoj bi mjeri olakšalo svim pomagačkim strukama da bolje razumiju oboljele i obitelj i da na taj način lakše odaberu najefikasniji pristup obitelji i oboljelom.

Tako istraživanje Barrowclough i suradnika (2001.) te istraživanje Lobbana i Barrowclough i Jones (2005.b) pokazuje kako članovi uže obitelji shizofreniju doživljavaju kao kroničnu, cikličku bolest s negativnim posljedicama za oboljelog, ali i za članove njegove obitelji. Oni članovi obitelji koji su vjerovali kako je moguće imati kontrolu nad određenim simptomima pokazali su puno veći optimizam vezan za djelovanje tretmana. Također, članovi obitelji s boljim razumijevanjem bolesti, iskazivali su i veći osjećaj mogućnosti kontrole simptoma. U oba istraživanja članovi obitelji naveli su kako vjeruju da je uzrok bolesti preveliki stres, sklonost brizi, kemijska neravnoteža u mozgu ili trauma. Bitno je naglasiti i da su oba istraživanja uočila povezanost između sklonosti članova obitelji da kritiziraju (bolest i oboljelog) i vjerovanja kako se simptomi ne mogu kontrolirati putem tretmana. Lobban i suradnici (2005.b) ističu da je sklonost kritiziranju naglašenija kod članova obitelji koji percipiraju više negativnih posljedica u odnosu na njih same. Autori naglašavaju kako je vjerojatno to odraz frustracije i vjerovanja kako se općenito stanje oboljelog ne može poboljšati. U odnosu na opisana istraživanja, Rexhaj, ViensPyton, Morin, Bonsack, Favrod (2013.) naglašavaju kako su pronašli povezanost stilova suočavanja s percepcijom bolesti kod skrbnika oboljelih od shizofrenije. Stilovi suočavanja usmjereni na problemsko suočavanje kod skrbnika su se pokazali značajno povezani s percepcijom mogućnosti kontrole bolesti i manjeg broja posljedica bolesti. Suočavanje koje obuhvaća socijalnu podršku pokazalo se blago negativno povezano s emocionalnom prilagođenošću, tj. skrbnici koji su koristili socijalnu podršku, bili su rjeđe emocionalno pogođeni bolešću (tj. rjeđe su bili potišteni, zabrinuti, u strahu zbog bolesti). U navedenom istraživanju skrbnici su uglavnom koristili stilove suočavanja usmjerene na problem i suočavanje koje obuhvaća socijalnu podršku, što se pokazalo efikasnim u smanjenju opterećenja na njih same, ali i u boljem prihvatanju oboljelog kako bi se lakše nosio s bolešću. Upravo ovo istraživanje Rexhaja i suradnika (2013.) ukazuje koliko percepcija bolesti utječe na odabir strategija suočavanja, što uvelike može pomoći u kreiranju programa podrške oboljelima i njihovim obiteljima.

Sličnih istraživanja vezanih za percepciju depresije ili PTSP-a kod članova obitelji se ne nalazi. Uglavnom se izdvajaju istraživanja koja obuhvaćaju percepciju depresije kod članova obitelji koji skrbe za oboljele od bolesti kao što su karcinomi, Alzheimer i slično.

1.5. Istraživanja koja uključuju Leventhalov model na hrvatskoj populaciji

Proučavanjem literature nailazi se na široku primjenu Leventhalovog modela u nizu istraživanja koja obuhvaćaju hrvatsku populaciju, no uglavnom kroz kraću verziju upitnika

Illness perception questionnaire-Brief (IPQ-B). Većina istraživanja oslanja se na proučavanje percepcije različitih somatskih bolesti (npr. šećerne bolesti, koronarnih bolesti, bronhalne astme, osteoartritisa, KOPB-a, infarkta miokarda, karcinoma dojke). Istraživanje Javorić i suradnika (2010.) ukazuje kako oboljeli od šećerne bolesti smatraju kako je bolest dugotrajna, kako značajno utječe na život te kako je dobro kontroliraju uz terapiju. Kao najčešće simptome navode trnce, nemoć i slabovidnost. dok se kao najčešći uzrok ističe stres. Autori naglašavaju nejasan nalaz kada je u pitanju emocionalna pogođenost bolesti tj. ne nalaze značajnu razliku između onih koje je bolest u emotivnom smislu pogodila (zabrinuti su, tužni, u strahu) i onih koji iznose da ih bolest nije u emotivnom smislu pogodila. Petriček i sur. (2009.) na velikom uzorku oboljelih od dijabetesa melitusa tipa 2 (N=250) ukazuju na značajnu povezanost rizičnih čimbenika za kardiovaskularne bolesti i specifičnih obilježja u percepciji bolesti. Tako se briga vezana za bolest i emocionalna pogođenost s bolesti pokazala značajnim prediktorom za indeks tjelesne mase, (niži indeks tjelesne mase kod onih koji su zabrinutiji i s izraženijom emocionalnom pogođenosti), osobna kontrola nad bolesti povezana s razinom glukoze u krvi (viša razina kontrole povezana s manjom razinom glukoze u krvi), bolje razumijevanje bolesti s nižim krvnim tlakom, te percepcija kontrole bolesti lijekovima za niži ukupni kolesterol. Povezanost fizioloških parametara s percepcijom bolesti ukazuje na nužnost obuhvaćanja osobne percepcije bolesti kada su u pitanju ishodi zdravstvene skrbi tj. ukazuje na važnost biopsihosocijalne teorije pristupa bolesti. Štulina (2007.) ukazuje kako oboljeli od ishemijske bolesti srca smatraju kako će se simptomi bolesti javljati periodički, kako imaju percepciju osobne kontrole nad bolesti, ali da ih bolest jako uznemirava i ima značajne posljedice na život. Petriček (2012.) u svojoj doktorskoj disertaciji uspoređuje oboljele od infarkta miokarda (IM) s oboljelima od dijabetesa melitusa tipa 2 (DMT2). Oboljeli od IM su češće smatrali da bolest jače utječe na njihov život i bolest ih je češće značajnije emotivno pogađala uz jaču izraženost simptoma. Obje skupine su smatrale kako je bolest moguće kontrolirati, no veću razinu kontrole pripisivali su lijekovima, a ne osobno. Također, oboljeli koji su doživljavali simptome bolesti izraženijima bili su više emotivno pogođeni bolešću.

Upotreba upitnika IPQ-B bilježi se i u radu Glavaš (2016.), u kojem je autorica rada utvrdila sadržaj želja kronično oboljele djece (oboljeli od dijabetesa, artritisa, astme, Raymandovog sindroma, skelodermije, cistične fibroze, kroničnog oblika respiratorne alergije, bolesti štitnjače, dermatitisa, sistemskog lupusa, nefrotskog sindroma, kroničnog zatajenje bubrega, autoimunog hepatitisa, Chronove bolesti, leukemije, tumora, anemije, hemofilije, limfoma) i povezala ih s doživljajem bolesti. Istraživanje je ukazalo da djeca koja percipiraju kako njihova bolest više utječe na njihov život i osjećaje, imaju više želja koje se odnose na njihovo

zdravstveno stanje. Autorica naglašava kako je važno da se oboljeloj djeci pomogne u stvaranju pozitivnih stavova prema kroničnoj bolesti i posljedicama koje ona ima na njihov život, jer su se pozitivniji stavovi pokazali povezani s manjim razinama anksioznih i depresivnih simptoma, što olakšava cjelokupnu prilagodbu na bolest.

Pregledom literature i istraživanja na hrvatskoj populaciji, upotreba upitnika IPQ-R nalazi se jedino u radu Pokrajac-Bulian i Kukić (2017.) na temu „Vjerovanje o bolesti, tjeskoba zbog srčanih problema, simptomi depresivnosti i anksioznosti u oboljelih od kardiovaskularnih bolesti“ u sklopu projekta "Biopsihosocijalni aspekti pretilosti". Autorice iznose preliminarne rezultate koji ukazuju kako pacijenti koji ne vjeruju u kontrolu svoje bolesti, te slabije razumiju svoju bolest, pokazuju višu razinu straha od srčanih senzacija, te su češće depresivniji i anksiozniji. Pacijenti koji manje razumiju svoju bolest i ne vjeruju u učinke terapije, jače su usmjereni na svoje simptome, a tako i češće anksiozniji. Autorice naglašavaju kako dobiveni rezultati naglašavaju važnost psihoedukacije koja može pomoći u boljem razumijevanju bolesti, smanjivanju neutemeljenih vjerovanja o mogućnosti kontrole bolesti, a tako i u smanjivanju anksioznosti i u konačnici boljoj prilagodbi vlastitoj bolesti.

Uz navedene radove u Hrvatskoj se ne nalazi istraživanje percepcije psihičkih bolesti kod oboljelih niti članova njihove obitelji.

2. Cilj

Cilj ovog istraživanja je ispitati kako određene psihičke bolesti (depresiju, shizofreniju i posttraumatski stresni poremećaj) percipiraju sami oboljeli i članovi njihovih obitelji te u kojoj mjeri je ta njihova percepcija povezana s prilagodbom određenoj bolesti. Kako bi ostvarili navedeni cilj formulirali smo sljedeće istraživačke probleme:

Problemi

1. Ispitati sadržaj kognitivnih shema o bolesti kod oboljelih od depresije, shizofrenije i posttraumatskog stresnog poremećaja.
2. Ispitati razlike kognitivnih shema o depresiji, shizofreniji i posttraumatskom stresnom poremećaju kod oboljelih.
3. Ispitati postoji li razlika u percepciji psihičke bolesti između oboljelih od depresije, shizofrenije i posttraumatskog stresnog poremećaja i članova njihove obitelji.
4. Ispitati koliko je emotivna prilagođenost bolesti povezana s kognitivnim shemama oboljelih i kognitivnim shemama članova njihove obitelji.

Hipoteze

H1: Očekuje se da će se oboljeli od depresije i PTSP-a više sadržajno fokusirati na dugotrajnost, cikličnost simptoma i nemogućnost kontrole (osobno i putem tretmana) dok će oboljeli od shizofrenije više naglasiti specifične simptome i kontrolu bolesti putem tretmana (farmakoterapije).

H2: Očekuju se značajne razlike u kognitivnim shemama između oboljelih. Pri tome se očekuje da će oboljeli od PTSP i depresije više naglašavati trajanje bolesti i nemogućnost kontrole (osobne i putem tretmana) u odnosu na oboljele od shizofrenije.

H3: Očekuje se značajna razlika u percepciji bolesti između oboljelih i članova njihove obitelji. Članovi obitelji oboljelih od shizofrenije će u znatno većoj mjeri naglašavati

simptome i dugotrajnost bolesti u odnosu na oboljele. Dok će kod oboljelih od depresije i PTSP-a članovi obitelji pokazati značajno manje razumijevanje bolesti te također naglašavati dugotrajnost bolesti.

H4: Očekuje se da će i članovi obitelji i oboljeli koji imaju višu percepciju kontrole nad bolešću (osobno i putem tretmana) i koji pokazuju bolje razumijevanje bolesti biti bolje emocionalno prilagođeni (manje zabrinuti, uplašeni s bolešću).

3. Metodologija rada

Istraživanje je provedeno u dva dijela, u vidu eksplanatornog sekvencijalnog nacrt, kako bi se prikupljeni kvantitativni podatci dodatno protumačili i nadopunili kvalitativnim podacima. Prvi dio obuhvatio je kvantitativne metode prikupljanja podataka, dok je drugi dio obuhvatio kvalitativne metode (u razdoblju od studenog 2013.g. do studenog 2014.g.).

3.1. Kvantitativni dio istraživanja

Kvantitativni dio istraživanja obuhvatio je primjenu strukturiranog i revidiranog Upitnika doživljaja bolesti (eng. *Illness perception questionnaire– Revised*, IPQ-R) kod oboljelih i članova obitelji. Uz navedeni upitnik kod oboljelih je primijenjena i specifična skala ili upitnik (ovisno o dijagnozi oboljelog, što će kasnije biti detaljnije pojašnjeno) kako bi se utvrdila izraženost simptoma te upitnik općih podataka.

Revidirani upitnik doživljaja bolesti (eng. *Illness perception questionnaire– Revised*, IPQ-R; Moss-Morris i sur., 2002.) namijenjen je za kvantitativnu procjenu doživljaja bolesti uzimajući u obzir kognitivnu komponentu Leventhalovog modela samoregulacije kroz pet dimenzija: definiranje simptoma, uzroka, posljedica, duljine trajanja bolesti te mogućnosti kontrole. Ova revidirana verzija upitnika proširuje originalni upitnik podjelom dimenzije kontrole na mogućnost osobne kontrole i kontrole putem tretmana, a inkorporira i dimenziju razumijevanja bolesti, vremenske cikličnosti bolesti i emocionalnu komponentu koja obuhvaća dimenziju emocionalne prilagođenosti bolesti. Revidirani upitnik doživljaja bolesti ima 84 čestice i sastoji se od tri dijela. U prvom dijelu upitnika je „skala identiteta“ tj. lista 14 simptoma, gdje se mogu označiti oni koje je osoba sama doživjela, te simptomi za koje smatra da inače karakteriziraju bolest. Zatim slijedi 56 čestica na koje se odgovara zaokruživanjem broja na Likertovoj skali od 1-5 (1- u potpunosti se ne slažem, 5- u potpunosti se slažem). Od toga 38 čestica čini drugi dio upitnika tj. „skalę strukture“ koja ima sedam subskala: 1. duljina trajanja bolesti, 2. cikličnost bolesti, 3. posljedice bolesti, 4. osobna kontrola bolesti, 5. kontrola bolesti putem tretmana, 6. razumijevanje bolesti, 7. emocionalna prilagođenost. Preostalih 18 čestica odnosi se na treći dio upitnika tj. „skalę uzroka“. Na kraju upitnika je prazan prostor, u koji je potrebno upisati tri najvjerojatnija uzroka bolesti prema vlastitom mišljenju.

Kraća verzija upitnika (IPQ-B) do sada je niz puta primjenjivana na hrvatskoj populaciji, no primjena revidiranog upitnika koji se koristi u ovom istraživanju se nalazi jedino u radu Pokrajac-Bulian i Kukić (2017.). U suglasnosti s jednim od autora upitnika, (John Weinman), upitnik je preveden na hrvatski jezik. Proces prevođenja uključivao je prijevod s engleskog jezika od strane dva izvorna govornika hrvatskog jezika koji fluentno govore engleski jezik. Nakon pojedinačnih prijevoda s engleskog jezika o istima se raspravljalo te je donesena konačna inačica prijevoda koja je ponovno prevođena na engleski jezik. Nakon utvrđivanja jednoznačnosti između engleske i hrvatske verzije upitnika završen je postupak prijevoda. Upitnik se nalazi u prilogu (prilog1).

U tablici 1 prikazana je usporedba pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije na svim dimenzijama upitnika IPQ-R koju navode autori (Moss-Morris i sur., 2002.) te pouzdanost po dimenzijama dobivena na uzorku u ovom istraživanju. Bitno je naglasiti da autori upitnika u svome istraživanju isti primjenjuju na grupama oboljelih od astme, dijabetesa, reumatoidnog artritisa, akutne i kronične boli, infarkta miokarda, multiple skleroze i HIV-a te da zbog velikog broja grupa oboljelih imaju i puno veći ukupni uzorak. Prikazani rezultati ukazuju na visoku i podjednaku pouzdanost većine dimenzija upitnika IPQ-R primijenjenog u ovom istraživanju. Niža pouzdanost vidljiva je jedino na dimenziji posljedice bolesti.

Tablica 1

Prikaz usporedbe pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije na dimenzijama upitnika IPQ-R koju navode Moss-Morris i suradnici (2002.) te pouzdanosti dobivene u ovom istraživanju.

	α (Morris i sur., 2002.)	α
Identitet	0,75	0,68
Trajanje bolesti	0,89	0,79
Cikličnost bolesti	0,79	0,66
Posljedice bolesti	0,84	0,40
Osobna kontrola bolesti	0,81	0,70
Kontrola putem tretmana	0,80	0,69
Razumijevanje bolesti	0,87	0,64
Emocionalna prilagođenost	0,88	0,78

Upitnik općih podataka obuhvaćao je: sociodemografske podatke, podatke o specifičnoj dijagnozi, duljini trajanja bolesti, te procjenu oboljelih na skali od sedam stupnjeva (1- ne razumije me uopće, 7- razumije me u potpunosti) o tome koliko ih pojedini član obitelji ili bliska osoba razumije.

Kako bi se utvrdila izraženost pojedinih simptoma kod pacijenata oboljelih od shizofrenije, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja primijenjeni su:

1. Kod pacijenata oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja: Mississippi skala za PTSP povezan s borbom (*Mississippi Scale for Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder*, M-PTSD)- kako bi se utvrdila izraženost simptoma iz spektra posttraumatskog stresnog poremećaja. Ovaj upitnik sastavljen je prema DSM-III kriterijima za PTSP, kao upitnik samo iskaza s 35 tvrdnji (opisa poteškoća) na koje osoba odgovara na skali procjene od pet stupnjeva (1 - potpuno netočno, 5 - potpuno točno). Rezultat na skali se izražava zbrojem pojedinačnih odgovora (35-175) i na taj način se dobiva kontinuirana mjera izraženosti simptoma PTSP-a. Kao granična vrijednost za hrvatsku populaciju navodi se rezultat 106 (Bunjevac i Kuterovac-Jagodić, 1995.). Keane, Caddell i Taylor (1988.) u svome istraživanju provedenom na vijetnamskim veteranima navode vrlo visoku pouzdanost cjelokupne skale ($\alpha=0,94$), dok je u ovom istraživanju dobiveno $\alpha=0,75$.
2. Kod pacijenata oboljelih od depresije: Beckov inventar depresije-II (*Beck Depression Inventory*, BDI-II), kako bi se utvrdila izraženost simptoma depresije. Ovo je upitnik samoprocjene izraženosti simptoma depresije. Samoprocjena se odnosi na stanje posljednjih tjedan dana, ali moguće je u istraživačke svrhe uputu prilagoditi i na duži period. Upitnik se sastoji od 21 čestice koje se odnose na simptome depresije. U svakoj čestici je ponuđeno 4 tvrdnje, od kojih se jedna odnosi na odsutnost simptoma, a ostale 3 na različitu izraženost simptoma. Unutar svake čestice tvrdnje se boduju od 0-3, a ukupni rezultat predstavlja zbroj procjena u svakoj čestici. Totalni raspon rezultata se kreće od 0-63. Rezultat na BDI se uobičajeno kategorizira i promatra kroz nekoliko stupnjeva izraženosti simptoma depresije na slijedeći način: 0-9 prihvatljivo depresivno stanje, 10-15 blaga depresija, 16-23 umjerena depresija, 24-63 teška depresija. Jakšić, Ivezić,

Jokić-Begić, Surányi i Stojanović-Špehar (2013.) navode vrlo visoku pouzdanost Beckovog inventara depresije na hrvatskoj populaciji ($\alpha=0,94$), dok je u ovom istraživanju dobiveno $\alpha=0,83$.

3. Kod pacijenata oboljelih od shizofrenije: Pozitivna i negativna skala sindroma (*Positive and Negative Syndrom Scale*, PANSS)- kako bi se utvrdili pozitivni i negativni simptomi shizofrenije. Skala se sastoji od 33 čestice koje se ocjenjuju na skali od 1 do 7 (1- odsutna do 7 - ekstremna). Sve čestice na PANSS-u su popraćene potpunom definicijom uz detaljne kriterije za bodovanje, koji predstavljaju povećanje razine psihopatologije. Sedam čestica predstavlja pozitivnu ljestvicu, sedam negativnu ljestvicu, šesnaest ljestvicu opće psihopatologije uz tri dopunske čestice za profil rizične agresivnosti. Rezultat se dobije zbrajanjem ocjena svih čestica, tako da je mogući raspon od 7 do 49 za pozitivne i negativne ljestvice, od 16 do 112 za ljestvicu opće psihopatologije te od 3 do 21 za profil rizične agresivnosti. Ukupni rezultat dobije se zbrojem svih čestica uz mogući raspon od 30 do 210. Kay, Fiszbelni Opler (1987.) navode vrlo visoku pouzdanost ove skale, $\alpha=0,90$ za pozitivnu ljestvicu, $\alpha=0,87$ za negativnu ljestvicu te $\alpha=0,79$ za ljestvicu opće psihopatologije. U ovom istraživanju bilježi se pouzdanost za pozitivnu ljestvicu $\alpha=0,62$, za negativnu ljestvicu $\alpha=0,81$ te za ljestvicu opće psihopatologije $\alpha=0,53$.

3.2. Kvalitativni dio istraživanja

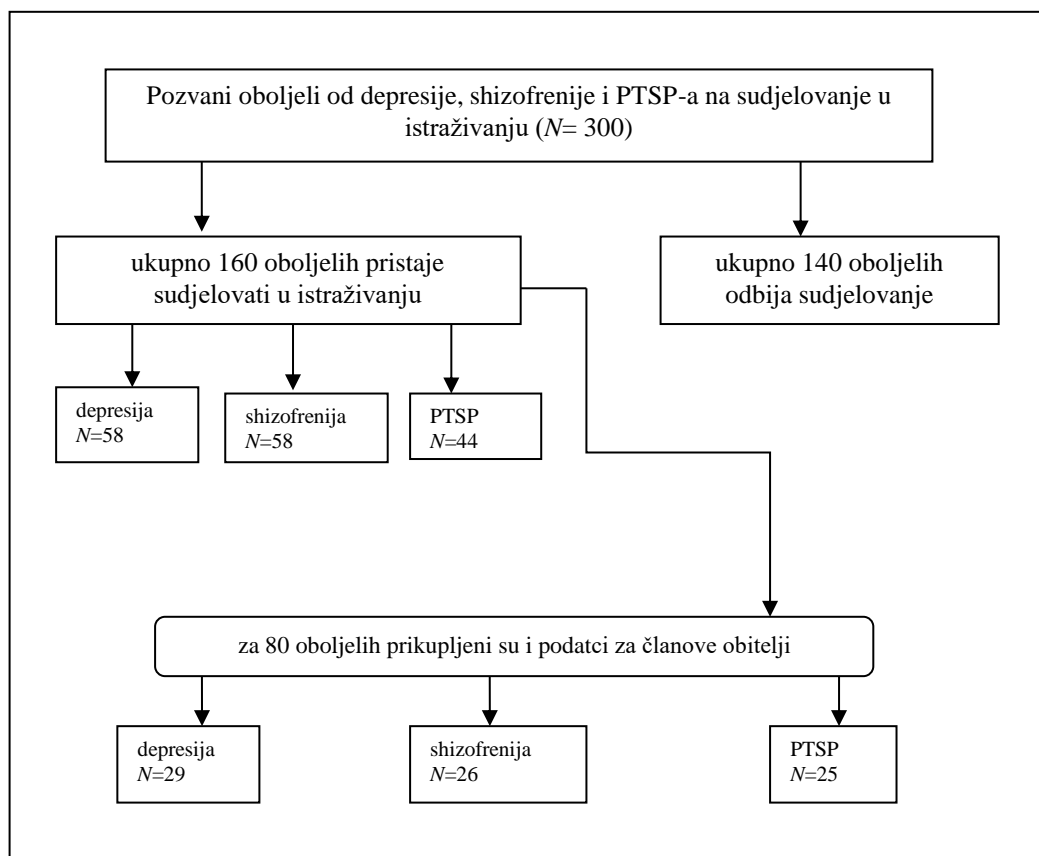
Kvalitativni dio istraživanja je obuhvatio primjenu metode fokusnih grupa. Ona predstavlja kvalitativnu, polustrukturiranu metodu vođenu od strane moderatora. Na temelju unaprijed isplaniranih pitanja otvorenog tipa moderator (psiholog) je poticao sudionike na raspravu. Drugi moderator (psiholog pripravnik) pratio je tijekom razgovora u grupi te bilježio redoslijed javljanja sudionika. Provedene su po dvije fokusne grupe sa svakom dijagnostičkom kategorijom (oboljeli od depresije, shizofrenije i PTSP-a). Planirane su i tri fokusne grupe s članovima obitelji, no iste zbog nepredviđenih organizacijskih teškoća nisu održane. Broj sudionika u pojedinoj grupi se kretao od 5 do 10, iako je prvotno planirano od 8 do 12 članova. Grupne diskusije trajale su oko sat i pol u prostoru Kluba pacijenata u Psihijatrijskoj bolnici „Sv. Ivan“ u Zagrebu. Oboljeli i moderatori su sjedili u krugu, a razgovori su uz pisani pristanak sudionika bili snimani diktafonom.

Rasprava je započela predstavljanjem članova grupe i kratkim uvodom moderatora koji je pojasnio način rada. U svakoj grupi razgovor je započet pitanjem ovisno o dijagnozi oboljelih (što je za Vas depresija/ shizofrenija/ posttraumatski stresni poremećaj). Daljnja rasprava moderirala se otvorenim tipom pitanja koja su bila povezana sa: simptomima bolesti, trajanjem bolesti, posljedicama, mogućnošću utjecaja na nju i slično (prilog 2). Iz nastalih snimaka učinjen je detaljan transkript razgovora za svaku grupu pojedinačno.

3.3.Sudionici

Kroz cjelokupno razdoblje provođenja istraživanja poziv za sudjelovanje dobilo je oko 300 oboljelih. Od toga broja 160 oboljelih pristalo je sudjelovati u istraživanju, među kojima je 80 članova obitelji također pristalo sudjelovati. Obrada podataka obuhvatila je u početnom dijelu svih 160 oboljelih, a kasnije je uključivala parove u kojima su upitnike ispunili i oboljeli i član obitelji ($N=80$). Svi oboljeli udovoljavali su dijagnostičkom kriteriju za depresiju, shizofreniju ili PTSP prema MKB-10, dijagnoza im je postavljena od strane psihijatra na temelju psihijatrijskog intervjua te na temelju dužeg praćenja.

Ukupni uzorak ($N=160$) oboljelih obuhvatio je 58 (36,3%) oboljelih od depresije, 58 (36,3%) oboljelih od shizofrenije te skupinu od 44 (27,5%) oboljela od PTSP-a.



Slika 2. Postupak prikupljanja uzorka.

Obrada rezultata na cjelokupnom uzorku od 160 oboljelih ukazuje da među oboljelim sudionicima postoji statistički značajna razlika po spolu ($\chi^2 (2, N=160)=49,372$; $p < .01$). U skupini oboljelih od shizofrenije i PTSP-a puno je veći broj muškaraca. Također statistički značajna razlika nalazi se i u dobi ($F(2,1)=22,339$; $p < .01$), oboljeli od shizofrenije su značajno mlađi u odnosu na oboljele od depresije i PTSP-a. Ne nalazi se statistički značajna razlika u stupnju obrazovanja ($\chi^2 (6, N=160)=7,331$; $p=.291$) kao niti u veličini mjesta u kojem žive ($\chi^2 (8, N=160)=11,244$; $p=.188$) i veličini mjesta u kojem su boravili do punoljetnosti ($\chi^2 (8, N=160)=8,508$; $p=.385$). Statistički značajna razlika bilježi se u radnom statusu ($\chi^2 (8, N=160)=25,898$; $p < .01$) i bračnom statusu ($\chi^2 (8, N=160)=37,434$; $p < .01$). Veći broj oboljelih od depresije je zaposlen u odnosu na oboljele od shizofrenije i PTSP-a (kod oboljelih od PTSP-a puno veći broj umirovljenih). Također veći broj oboljelih od shizofrenije živi sam u odnosu na oboljele od depresije i PTSP-a, dok je kod PTSP-a veći broj razvedenih u odnosu na druge dvije skupine oboljelih. Najveći broj oženjenih/udanih je kod oboljelih od depresije.

Većina oboljelih od depresije bila je ženskog spola (67,2%), prosječne dobi 49 godina ($M=48,7$; $sd=9,12$) te većinom srednje stručne spreme (65,5%). Polovina oboljelih izjasnila se kao zaposlena (50%), uz 21% umirovljenih i 26% sa studentskim statusom. Većina je oženjenih/udanih (44,8%), uz istovremeno i veliki broj samaca (24,1 %) i razvedenih (15,5%). Skupina depresivnih obuhvatila je one koji se minimalno pet godina liječe pod dijagnozom depresije u Psihijatrijskoj bolnici „Sv. Ivan“ u Zagrebu. Prema MKB-10 slijedeće dijagnoze i komorbiditeti su zabilježeni kod oboljelih od depresije: težak depresivni poremećaj bez simptoma psihoze, F33.2 (58,6%); težak depresivni poremećaj sa simptomima psihoze, F33.3 (24,1%); težak depresivni poremećaj bez simptoma psihoze i specifični poremećaj ličnosti, F33.2 i F60 (3,4%); težak depresivni poremećaj bez simptoma psihoze i granični poremećaj ličnosti, F33.2 i F60.3 (3,4%); povratni depresivni poremećaj i mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj, F33 i F41.2 (3,4%) te težak depresivni poremećaj bez simptoma psihoze i posttraumatski stresni poremećaj, F33.2 i F43.1 (6,9%). U prosjeku su oboljeli do pet puta bili hospitalizirani uz prosječnu dužinu liječenja od trinaest godina ($M=12,9$; $sd=9,75$). Kao primarni oblik liječenja navode farmakoterapiju (96,6%) i psihoterapiju (79,3%). Čak 36,2% pacijenata navodi slično oboljenje u obitelji. U trenutku ispunjavanja upitnika na BDI je zabilježen prosječni rezultat od 30,67 ($sd=11,8$), koji sugerira visoku razinu depresivnih simptoma.

Oboljeli od shizofrenije većinom su muškog spola (77,6%), prosječne dobi 39 godina ($M=38,6$; $sd=9,05$), najčešće srednje stručne spreme (74,1%) uz 12% visoke stručne spreme. Većina je ili nezaposlena (37,9%) ili u mirovini (36,2 %) te ih većina živi sama (67,2%). Ukoliko žive s nekim, najčešće su to majke (13,8%) ili suprug/e s obitelji (15,5%). Također, kao i kod prethodne skupine, uvjet je biominimalno pet godina liječenje pod dijagnozom shizofrenije (neovisno o podtipu) i do sada barem jedna hospitalizacija zbog izraženosti simptoma. Skupina je osim dijagnoze shizofrenije obuhvatila i neka slična stanja prema sljedećim dijagnozama po MKB-10: shizofrenija, F20.0 (65,5%); shizofrenija i specifični poremećaj ličnosti, F20 i F60 (1,7); stalna sumanuta stanja, F22 (3,4%); shizoafektivni poremećaj tipa depresija, F25,1 (15,5%); shizoafektivni poremećaj miješani tip, F25,2 (3,4%) i neorganska psihoza, F29 (10,3%). U prosjeku su oboljeli bili devet puta hospitalizirani uz prosječnu dužinu liječenja od petnaest godina ($M=15,5$; $sd=7,44$). Kao primarni oblik liječenja navode također farmakoterapiju (91,4%) uz gotovo četvrtinu skupine koja redovno pohađa i klub pacijenata (22%). Bilježi se i 41,4% onih koji navode slično oboljenje u obitelji. U trenutku provođenja istraživanja na upitniku PANSS zabilježeni su slijedeći prosječni rezultati: pozitivna skala $M=13,4$ ($sd=6,06$), negativna skala $M=19,65$ ($sd=9,52$), opća psihopatološka

skala $M=31,98$ ($sd=8,32$) te ukupni rezultat $M=69,16$ ($sd=17,46$). U odnosu na moguće raspone pojedinih skala dobiveni rezultati spadaju u niže vrijednosti. Navedeno sugerira postojanje pozitivnih i negativnih simptoma kod oboljelih, ali ne u razini koja bi ukazivala na akutno psihotično stanje kod oboljelih.

Skupinu oboljelih od PTSP-a čine oni kojima je dijagnoza PTSP-a postavljena kao posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu i koji su barem jednom zbog ozbiljnosti simptoma hospitalizirani u Psihijatrijskoj bolnici „Sv. Ivan“. Veći dio oboljelih je muškog spola (93%), prosječne dobi od 47 godina ($M=47,32$, $sd=7,5$) te srednje stručne spreme (63,6%). Preko polovine oboljelih je u mirovini (54,4%) uz 22,7% zaposlenih. Oženjenih je 38%, no istovremeno se bilježi i 31% razvedenih te od ukupnog broja oboljelih od PTSP-a 29% onih koji žive sami. Skupina je obuhvatila sljedeće dijagnoze i komorbiditete po MKB-10: trajna promjena ličnosti nakon doživljene katastrofe, F62.0 (84,1%); trajna promjena ličnosti nakon doživljene katastrofe uz sindrom ovisnosti, F62.0 i F10.2 (4,5%); trajna promjena ličnosti nakon doživljene katastrofe i težak depresivni poremećaj bez simptoma psihoze, F62.0 i F33.2 (6,8%); Težak depresivni poremećaj bez simptoma psihoze i posttraumatski stresni poremećaj, F33.2 i F43.1 (2,3%) i posttraumatski stresni poremećaj i neorganska psihoza F43.1 i F29 (2,3%). U prosjeku su oboljeli bili devet puta hospitalizirani uz prosječnu dužinu liječenja od sedamnaest godina ($M=16,9$; $sd=6,40$). Kao tretman najčešće navode farmakoterapiju (93%) uz psihoterapiju (68%). Na primijenjenom upitnik M-PTSD zabilježen je prosječni rezultat od 130,05 ($sd=11,39$) što ukazuje na visoku prisutnost simptoma PTSP-a.

Svi oboljeli sudionici su u trenutku provedbe istraživanja bili na liječenju u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu. Detaljniji opis oboljelih po pojedinoj dijagnostičkoj skupni nalazi se u prilogu 3 (tablica 12).

Članovima obitelji smatrane su one osobe koje su u učestalom kontaktu s oboljelim, koje s njim žive i brinu za njega, u slučaju da osoba živi sama, upitnik je dan onome za koga je oboljeli procijenio da ga najbolje pozna i da najviše vremena provodi s njim. Njih se kontaktiralo prilikom posjete oboljelome u bolnici ili pismenim putem. Sveukupno je 80 članova obitelji sudjelovalo u istraživanju. Od toga su 29 (36%) članova obitelji vezani za oboljele od depresije, prosječne dobi 47 godina ($M=46,59$; $sd=12,4$) te ih je 41% ženskog spola, a većina srednje stručne spreme (65,5%). Kod oboljelih od depresije istraživanju su se najčešće pristali priključiti suprug/a (44,8%) i partner/ica (17,2%).

Kod skupine oboljelih od shizofrenije 26 članova obitelji (32%) se pristalo uključiti u istraživanje, prosječne dobi 55 godina ($M=54,73$; $sd=11,09$) te najčešće srednje stručne spreme (57,7%). Pri tome se najčešće radilo o majci (50%) ili ocu oboljelog (26,9%).

Kod skupine oboljelih od PTSP-a istraživanju su se priključilo 25 članova obitelji, prosječne dobi 46 godina ($M=46,24$; $sd=7,67$) te najčešće srednje stručne spreme (76%). Članovi obitelji koji su kod ove skupine najčešće pristajali uključiti se u istraživanje su supruge (48%) i partnerice (24%).

3.4. Postupak

Psihologinja je putem osobnog kontakta pozvala sudionike (oboljele koji su u tom trenutku hospitalizirani na određenim odjelima Psihijatrijske bolnice „Sv. Ivan“) da sudjeluju u istraživanju te ih obavijestila o vremenu okupljanja u zajedničkoj prostoriji Odjela. Okupljeni pacijenti u zajedničkoj prostoriji informirani su prvo usmeno o istraživanju te im je zatim dan i obrazac informiranog pristanka. Nakon što im je odgovoreno na sva pitanja, oboljeli koji su željeli sudjelovati u istraživanju, potpisali su pismeni pristanak te je grupno primijenjen upitnik IPQ-R, upitnik sociodemografskih podataka te pojedinačni upitnici za procjenu izraženosti simptoma (BDI/PANSS/M-PTSD) ovisno o dijagnostičkoj kategoriji. Nakon dva tjedna, psihologinja je pozvala iste sudionike da sudjeluju u fokusnim grupama koje su se održale u prostoru Kluba pacijenata u Psihijatrijskog bolnici „Sv. Ivan“.

Članovi obitelji kontaktirani su prilikom posjete u bolnici kada su usmeno informirani o istraživanju te im je uručen obrazac informiranog pristanka za sudjelovanje u istraživanju koji su potpisali te su pristupili ispunjavanju upitnika. Prilikom ispunjavanja upitnika dana im je sljedeća uputa za prvi dio upitnika: "Pred Vama su ispisani različiti simptomi koje oboljeli od iste psihičke bolesti kao i Vaš bližnji mogu, ali i ne moraju osjetiti kada boluju. Molimo Vas zaokružite DA ili NE ovisno o tome mislite li da je Vaš član obitelji osjetio neke od ovih

simptoma u razdoblju od kada boluje. U drugom stupcu zaokružite DA ili NE ovisno o tome mislite li da su ti simptomi vezani općenito za tu bolest, bez obzira je li ih Vaš bližnji osjetio ili ne.". Drugi dio upitnika započeo je s uputom: "Ovim upitnikom željeli bismo se upoznati s Vašim osobnim viđenjem bolesti od koje boluje Vaš član obitelji. Molimo Vas da označite u kojoj mjeri se slažete ili ne slažete s navedenim tvrdnjama vezanim za bolest od koje boluje Vaš član obitelji. Prilikom odgovaranja odaberite broj od 1 (izrazito se ne slažem) do 5 (izrazito se slažem)."

Odmah prilikom kontakta sa sudionicima provjerena je njihova motiviranost te mogućnost dolaska na fokusne grupe za članove obitelji. Nažalost, svi oboljeli od PTSP-a tijekom svoga bolničkog liječenja nisu imali posjete užih članova obitelji kao i većina žena oboljelih od depresije. Iz navedenog razloga informirani pristanak i upitnik IPQ-R je u tim slučajevima poslan putem oboljelog u za to pripremljenoj koverti koju je član obitelji mogao po ispunjavanju zatvoriti te poslati ili poštom ili vratiti po oboljelom. Tijekom istraživanja organizirani su termini za fokusne grupe za članove obitelji na koje se odazvalo po 2-3 člana obitelji i to jedino za grupu oboljelih od shizofrenije. Kao glavne razloge svog nedolaska članovi obitelji navodili su neku iznenadnu neodgodivu obavezu, dio njih bi zaboravio na dogovoreni termin, a od pojedinih se nije uspio doznati točan razlog nedolaska. Iz gore navedenih razloga se moralo odustati od prikupljanja kvalitativnih podataka od članova obitelji.

Oboljeli su se ovisno o dijagnostičkim kategorijama okupljali u prostorijama Kluba pacijenata u Psihijatrijskog bolnici „Sv. Ivan“ u unaprijed dogovorenom terminu u kojem su održavane fokusne grupe. Nakon fokusnih grupa održan je kratki prigodni domjenak za sudionike te su na poklon dobili simboličnu nagradu za sudjelovanje u istraživanju.

Provođenje istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu te Etičko povjerenstvo Psihijatrijske bolnice „Sv. Ivan“ u Zagrebu. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno, svi sudionici su prije uključivanja u samo istraživanje bili usmeno i pismeno informirani o sadržaju i načinu istraživanja, nakon čega su potpisali informirani pristanak o sudjelovanju u istraživanju.

4. Rezultati

4.1. Rezultati kvantitativnog dijela istraživanja

4.1.1. Razlike u kognitivnim shemama oboljelih od depresije, shizofrenije i PTSP-a

Kako bi se ispitale razlike u kognitivnim shemama oboljelih, analizom varijance su uspoređeni rezultati upitnika IPQ-R između različitih dijagnostičkih kategorija. Dobiveni rezultati upitnika IPQ-R, prikazani u tablici 2, ukazuju na značajan efekt tipa bolesti (dijagnoze, oboljeli od depresije, shizofrenije i PTSP-a) na svim subskalama upitnika osim na subskali razumijevanja bolesti ($F(2,1) = 2,55; p > .05$) i cikličnosti bolesti ($F(2,1) = 2,35; p > .05$). Statistički značajna razlika bilježi se na: identitetu ($F(2,1) = 7,392; p < .01$), pri čemu oboljeli od shizofrenije vezuju puno veći broj simptoma za svoju bolest; na duljini trajanja bolesti ($F(2,1) = 14,444; p < .001$), pri čemu oboljeli od PTSP procjenjuju svoju bolest kao kroničniju i dugotrajniju u odnosu na procjene oboljelih od shizofrenije i depresije. Također se statistička značajnost bilježi na dimenziji posljedica koje bolest ima na oboljelog ($F(2,1) = 11,686; p < .001$), pri čemu oboljeli od PTSP-a vide značajno veći broj posljedica svoje bolesti u odnosu na oboljele od shizofrenije i depresije. Što se tiče osobne kontrole bolesti ($F(2,1) = 17,87; p < .001$) i kontrole bolesti putem tretmana ($F(2,1) = 24,429; p < .001$), razlike su se također pokazale statistički značajnima. Oboljeli od shizofrenije su pokazali pozitivnija uvjerenja o mogućnosti kontrole bolesti i osobno i putem tretmana, dok su oboljeli od PTSP-a pokazali najniži rezultat kada je u pitanju uvjerenost u kontrolu bolesti osobno i putem tretmana. I razlika u emocionalnoj prilagođenosti se pokazala statistički značajnom ($F(2,1) = 19,83; p < .001$): oboljeli od depresije i PTSP-a su se pokazali više emocionalno pogođeni bolešću u odnosu na oboljele od shizofrenije tj. oboljeli od depresije i PTSP-a su u većoj mjeri zabrinuti, tužni, u strahu zbog svoje bolesti.

Tablica 2

Deskriptivni pokazatelji i rezultati analize varijance na pojedinim komponentama upitnika IPQ-R kod oboljelih s obzirom na pojedinu dijagnostičku kategoriju ($N=160$).

	Depresija (1)		Shizofrenija (2)		PTSP (3)		F	<i>post hoc</i>
	M	SD	M	SD	M	SD		
Identitet bolesti	19,9	3,55	21,9	3,96	19,2	3,82	7,39**	1<2; 2>3
Trajanje bolesti	20,2	5,34	18,3	6,00	24,1	4,80	14,44***	1< 3; 2<3
Posljedice	23,0	4,50	20,5	4,28	24,7	4,28	11,68***	1<3; 2<3
Osobna kontrola	19,3	3,56	21,3	4,21	16,8	3,54	17,87***	1<2; 1>3; 2>3
Kontrola putem tretmana	17,3	3,16	19,5	3,62	14,7	3,24	24,42***	1<2; 1>3; 2>3
Razumijevanje bolesti	15,4	4,06	16,8	4,12	15,5	3,37	2,55	
Cikličnost bolesti	13,6	3,62	13,1	3,42	14,4	2,01	2,35	
Emocionalna prilagođenost	22,7	4,59	18,2	5,60	23,8	4,33	19,83***	1>2; 2<3
N	58		58		44			

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Daljnjom obradom rezultata provjerio se odnos između izraženosti pojedinih simptoma kod oboljelih sudionika s rezultatima upitnika IPQ-R. U prilogu 4 (tablica 13), iščitava se kako je rezultat na upitniku BDI značajno povezan s identitetom, trajanjem bolesti i kontrolom putem tretmana. Rezultati ukazuju na to da, što su izraženiji depresivni simptomi (veći rezultat na BDI), to oboljeli percipiraju manje simptoma, slabiju mogućnost kontrole bolesti putem tretmana te bolest doživljavaju kao dugotrajniju. Kod oboljelih od shizofrenije ne nalazi se značajne povezanosti rezultata na upitniku PANSS sa subskalama upitnika IPQ-R (prilog 4, tablica 14). Kod oboljelih od PTSP-a nalazi se povezanost ukupnog rezultata na upitniku M-PTSD sa percepcijom trajnosti bolesti (prilog 4, tablica 15). Oboljeli koji iskazuju naglašenije simptome M-PTSD-a ne stavljaju naglasak na dugotrajnost bolesti.

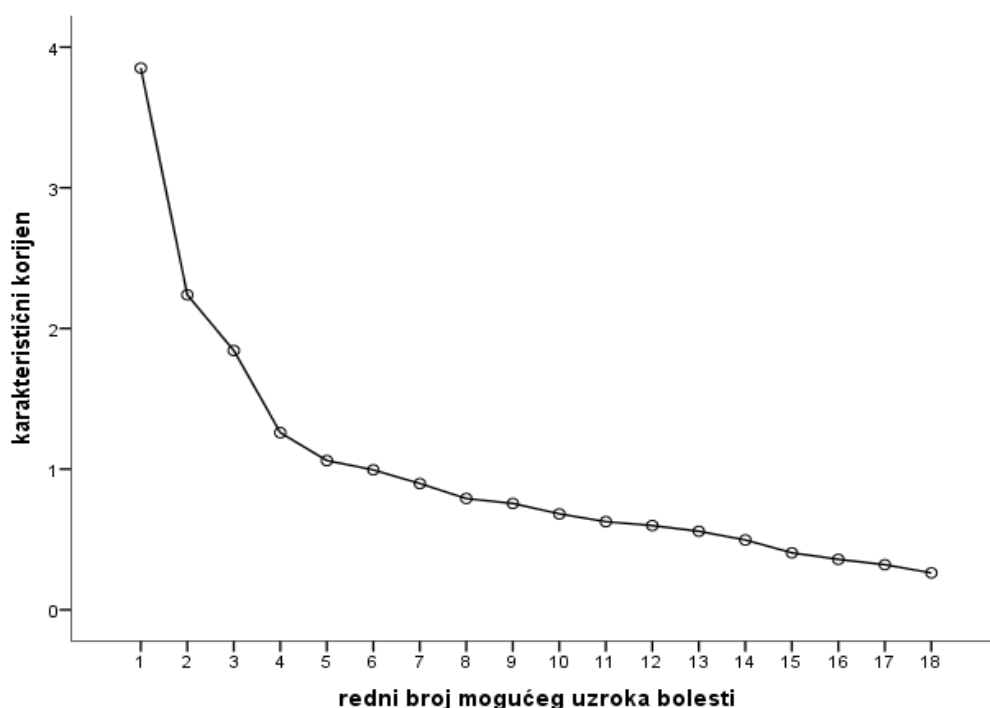
4.1.2. Percepcija mogućih uzroka bolesti kod oboljelih sudionika

Oboljeli su izrazili koliko se slažu s mogućim ponuđenim uzrocima bolesti, a njihovi su odgovori analizirani uz pomoć faktorske analize. Za početak je testirana prikladnost podataka za faktorsku analizu Bartlettovim testom sfericiteta i Keiser-Meyer-Olkinovom (KMO) mjerom prikladnosti uzrokovanja. Bartlettov test sfericiteta se pokazao značajnim ($\chi^2(153)=699,222; p<.001$), dok KMO iznosi 0,715 što znači da su podaci prikladni za faktorizaciju.

Iz grafičkog prikaza karakterističnih korijena estrahiranih faktora tzv. scree- plot (slika 3) vidljivo je postojanje tri snažna faktora uz moguće još jedan manje jačine. Faktorska analiza provedena je metodom glavnih komponenata te je korištena kosokutna (promax) rotacija. Faktorska analiza 18 ponuđenih mogućih uzroka bolesti izlučila je pet faktora koji zadovoljavaju Kaiser-Guttmanov kriterij. Na taj način dobivena je faktorska struktura koja objašnjava ukupno 42,23% varijance, no nakon uvida u vrijednosti karakterističnih korjenova ekstrahiranih komponenti zadržana su četiri ekstrahirana faktora. Kosokutna rotacija četiri faktora prikazana je u tablici 3.

Slika 3

Grafički prikaz (scree- plot) vrijednosti karakterističnih korijena za 18 mogućih uzroka bolesti, dobivenih primjenom upitnika IPQ-R na oboljelim sudionicima (N=160).



Tablica 3

Matrica faktorske strukture mogućih uzroka bolesti kod oboljelih sudionika (N=160).
Prikazana su dominantna zasićenja kod četiri odabrana faktora uz karakteristični korijen faktora te postotak objašnjene varijance nakon rotacije faktora

	Biološki	Psihološki	Vanjski uzroci/ problemi	Štetne supstance/ fizička trauma
C4 (Dijeta ili način prehrane)	,68	,30		
C3 (Bakterije ili virusi)	,68			
C7 (Zagađenje okoliša)	,54			
C18 (Narušen imunitet)	,45			
C6 (Loša medicinska skrb u prošlosti)	,40			
C8 (Ponašanje oboljelog)		,78		
C9 (Način razmišljanja oboljelog)		,42		
C11 (Previše rada)			,63	
C10 (Obiteljske brige i problemi)			,54	
C12 (Emocionalno stanje oboljelog)		,30	,52	
C1 (Stres i zabrinutost)			,37	
C5 (Slučajnost ili loša sreća)			,37	
C15 (Pušenje)				,78
C14 (Alkohol)				,76
C16 (Nesreća ili ozljeda)				,34
C13 (Starenje)				
C17 (Osobine ličnosti)		,38		
C2 (Genetika)	,30			
Karakteristični korijen	3,93	2,26	1,72	1,27
Postotak objašnjene varijance	11,27	14,83	8,63	4,15

Na prvi faktor projicira se 6 mogućih uzroka bolesti: dijeta ili način prehrane, bakterija ili virus, zagađenje okoliša, narušen imunitet, loša medicinska skrb u prošlosti i genetika, koji su imenovani kao biološki uzroci bolesti. Na drugi faktor projicira se pet mogućih uzroka: dijeta ili način prehrane, ponašanje oboljelog, način razmišljanja oboljelog, emocionalno stanje oboljelog, osobine ličnosti, koji su imenovani psihološkim uzrocima bolesti. Pri tome uzrok pod nazivom "dijeta ili način prehrane" korelira i s prvim faktorom i to u nešto većoj mjeri gdje i sadržajno više pripada. Na treći faktor također se projicira pet mogućih uzroka: previše rada, obiteljske brige i problemi, emocionalno stanje oboljelog, stres i zabrinutosti slučajnost ili loša sreća, koji su definirani kao vanjski uzroci/problemi. Zanimljivo je da i s ovim faktorom

korelira "emocionalno stanje oboljelog" i to u puno većoj mjeri nego sa psihološkim faktorom gdje sadržajno više pripada. I na četvrti faktor projicira se: pušenje, alkohol i nesreća ili ozljeda koji predstavljaju štetne supstance i fizičku traumu. Općeniti je dojam da se mogući uzroci bolesti grupiraju u jasne faktore unatoč velikom broju uzroka koji su ponudili autori, pri čemu su neki od njih dosta slični (npr. osobine ličnosti, ponašanje oboljelog, način razmišljanja oboljelog).

Obzirom na premali broj oboljelih sudionika po pojedinoj dijagnostičkoj skupini, nije bilo opravdano napraviti faktorsku analizu kako je preporučeno od strane autora upitnika. Zbog toga je kod svake dijagnostičke skupine izračunata aritmetička sredina za sve moguće navedene uzroke te je napravljena analiza varijance (tablica 4).

Tablica 4

Percepcija mogućih uzroka bolesti kod oboljelih za svaku dijagnostičku skupinu,
prikazana kao aritmetička sredina

Mogući uzroci	Depresija (1)	Shizofrenija (2)	PTSP (3)	<i>F</i>	<i>post-hoc</i>
Stres i zabrinutost	4,25	4,00	4,60	2,86	
Genetika	2,46	2,60	1,67	6,26***	1>3;2>3
Bakterija ili virus	1,49	1,68	1,49	0,91	
Dijeta ili način prehrane	1,77	1,92	1,67	0,61	
Slučajnost ili loša sreća	2,72	2,67	2,26	1,44	
Loša medicinska skrb u prošlosti	1,93	2,33	1,81	3,06	
Zagađenje okoliša	1,68	1,97	1,67	1,36	
Ponašanje oboljelog	2,86	3,05	2,37	3,36*	2>3
Način razmišljanja oboljelog	3,19	2,82	2,56	2,53	
Obiteljske brige i problemi	3,72	3,38	2,44	11,59***	1>3;2>3
Previše rada	3,39	3,05	2,00	12,08***	1>3;2>3
Emocionalno stanje oboljelog	4,24	3,53	3,67	4,64**	1>2
Starenje	2,11	2,25	2,37	0,56	
Alkohol	1,58	1,93	1,77	1,50	
Pušenje	1,67	2,07	1,91	1,90	
Nesreća ili ozljeda	2,40	2,17	2,93	3,61*	2<3
Osobine ličnosti	3,60	3,02	2,77	5,51**	1>3
Narušen imunitet	2,82	2,63	2,72	0,28	

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Prikazani rezultati ukazuju na statistički značajnu razliku između oboljelih od shizofrenije i oboljelih od PTSP-a kada se kao mogući uzrok navodi genetika, ponašanje oboljelog, obiteljske brige i problemi, previše rada, nesreća ili ozljeda. Pri tome oboljeli od PTSP-a češće izdvajaju nesreću ili ozljedu kao mogući uzrok svoje bolesti dok oboljeli od shizofrenije statistički značajnije, češće navode genetiku, ponašanje oboljelog, obiteljske brige i probleme te previše rada kao mogući uzrok bolesti. Uočava se i statistički značajna razlika između oboljelih od depresije i oboljelih od PTSP-a kada se kao uzrok navode obiteljske brige i problemi, genetika, previše rada te osobine ličnosti. Oboljeli od depresije su skloniji navedeno češće percipirati kao moguće uzroke svoje bolesti. Također oboljeli od depresije statistički značajno češće percipiraju emocionalno stanje oboljelog kao mogući uzrok svoje bolesti u odnosu na oboljele od shizofrenije. Zanimljivo je da sve tri dijagnostičke skupine izdvajaju stres kao najčešći mogući uzrok bolesti (iako se među skupinama ne nalazi statistički značajne razlike kada je u pitanju stres) uz emocionalno stanje oboljelog što podrazumijeva vanjske uzroke bolesti prema provedenoj faktorskoj analizi. Kada se detaljnije promotre dobivene statističke razlike među pojedinim dijagnostičkim skupinama vidljivo je da se najviše radi o uzrocima koji po faktorskoj analizi predstavljaju psihološke (ponašanje oboljelog, osobine ličnosti) i vanjske uzroke (previše rada, obiteljske brige i problemi, emocionalno stanje oboljelog).

Uz ponuđenih 18 mogućih uzroka bolesti, sudionici su imali na kraju mogućnost slobodnog navođenja tri najvjerojatnija uzroka svoje bolesti. U tablici 5 prikazani su najčešće navedeni uzroci po pojedinim dijagnostičkim skupinama. Uočava se da oboljeli od depresije kao najčešće uzroke navode stres, obiteljske brige i probleme, probleme na poslu, osobine ličnosti i traume u djetinjstvu. Kod oboljelih od shizofrenije kao najčešći navedeni uzrok se javlja stres, genetika, obiteljske brige, marihuana, osobine ličnosti. Oboljeli od PTSP-a kao najčešće uzroke bolesti ističu rat i ratna zbivanja, stres i zabrinutost, obiteljske brige i probleme, nesigurnu egzistenciju i rastavu.

Tablica 5

Najčešće navođeni uzroci bolesti kod oboljelih sudionika prikazani po pojedinim dijagnostičkim skupinama, izraženi u frekvencijama.

depresija (f)	shizofrenija (f)	PTSP (f)
- stres (17)	- stres (16)	- rat i ratna zbivanja (45)
- obiteljske brige i problemi (10)	- genetika (11)	- stres i zabrinutost (6)
- problemi na poslu (10)	- obiteljske brige (10)	- obiteljske brige i problemi (6)
- osobine ličnosti(9)	- osobine ličnosti (8)	- nesigurna egzistencija (6)
- trauma u djetinjstvu (6)	- marihuana (6)	- rastava (3)

4.1.3. Razlike u percepciji psihičke bolesti između oboljelih i članova njihove obitelji

Kao treći problem ovoga istraživanja željelo se utvrditi postoji li razlika u percepciji psihičke bolesti između oboljelih od depresije, shizofrenije i posttraumatskog stresnog poremećaja i članova njihove obitelji. No, važno je napomenuti kako kod 80 oboljelih zbog različitih razloga nisu dobiveni podaci od članova obitelji. Stoga nas je prvo zanimalo postoje li statistički značajne razlike na subskalama upitnika IPQ-R između oboljelih čiji su članovi obitelji sudjelovali u istraživanju i onih čiji članovi obitelji nisu te je isto provjereno analizom varijance (tablica 6).

Kako ni na jednoj dimenziji skale IPQ-R nisu dobivene statistički značajne razlike između oboljelih čiji su članovi obitelji sudjelovali u istraživanju i onih čiji članovi obitelji nisu sudjelovali, možemo zaključiti da je opravdano u daljnjoj analizi uspoređivati cijeli uzorak oboljelih s uzorkom članova obitelji.

Tablica 6

Prikaz aritmetičke sredine (M), standardne devijacije (SD) i rezultata analize varijance za sve dijagnostičke skupine za oboljele čiji članovi su sudjelovali u istraživanju i oboljele čiji članovi obitelji nisu sudjelovali u istraživanju.

		Član obitelji sudjelovao		Član obitelji nije sudjelovao		F	p
		M	SD	M	SD		
Depresija	Identitet bolesti	8,9	3,79	7,4	3,01	3,13	.05
	Trajanje bolesti	20,1	4,48	20,2	6,25	0,01	.05
	Posljedice	22,2	4,78	22,1	4,36	0,13	.05
	Osobna kontrola	20,1	3,53	18,7	3,56	2,33	.05
	Kontrola putem tretmana	17,3	3,41	17,4	3,01	0,00	.05
	Razumijevanje bolesti	15,4	3,93	15,4	4,26	0,00	.05
	Cikličnost bolesti	14,2	2,83	12,9	4,28	1,35	.05
	Emocionalna prilagođenost	22,5	4,43	23,3	4,41	0,06	.05
Shizofrenija	Identitet bolesti	7,1	3,99	5,1	3,64	3,89	.05
	Trajanje bolesti	18,9	5,69	17,9	6,15	0,61	.05
	Posljedice	20,6	5,15	20,4	3,39	0,04	.05
	Osobna kontrola	21,7	4,08	20,6	4,38	0,55	.05
	Kontrola putem tretmana	19,8	3,31	19,1	3,78	0,51	.05
	Razumijevanje bolesti	16,9	4,54	16,5	4,01	0,01	.05
	Cikličnost bolesti	13,0	3,16	13,1	3,59	0,00	.05
	Emocionalna prilagođenost	18,58	5,93	17,8	5,43	0,26	.05
PTSP	Identitet bolesti	8,2	4,02	10,1	3,44	1,24	.05
	Trajanje bolesti	23,9	4,58	24,6	5,06	0,08	.05
	Posljedice	24,4	4,91	25,3	3,16	0,18	.05
	Osobna kontrola	16,9	4,05	16,7	2,78	0,13	.05
	Kontrola putem tretmana	14,7	2,80	14,7	3,90	0,00	.05
	Razumijevanje bolesti	15,4	3,44	16,3	3,14	0,08	.05
	Cikličnost bolesti	14,4	1,85	14,7	2,19	0,02	.05
	Emocionalna prilagođenost	23,7	5,13	23,9	3,04	0,01	.05

U svrhu provjere razlika u percepciji psihičke bolesti između oboljelih i članova njihove obitelji koji su pristali sudjelovati u istraživanju provedena je složena analiza varijance čiji rezultati su prikazani u tablici 7.

Tablica 7

Rezultati analize varijance oboljelih i članova obitelji
na komponentama upitnika IPQ-R te dijagnostičkim skupinama kao nezavisnoj varijabli

		Suma kvadrata	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Izvor varijance					
Identitet bolesti	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	34,875	1/2	2,05	.155
	Dijagnostička skupina	66135,171	1/2	2509,17	.001
	Interakcija	16,113	1/2	0,47	.623
Trajanje bolesti	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	11,123	1/2	0,64	.424
	Dijagnostička skupina	71771,148	1/2	2674,78	.001
	Interakcija	52,387	1/2	1,52	.225
Posljedice	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	66,058	1/2	4,22	.043
	Dijagnostička skupina	84879,134	1/2	3936,47	.001
	Interakcija	74,949	1/2	2,39	.098
Osobna kontrola	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	3,938	1/2	0,44	.506
	Dijagnostička skupina	62206,023	1/2	3576,81	.001
	Interakcija	70,087	1/2	3,97	.023
Kontrola putem tretmana	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	7,388	1/2	0,89	.349
	Dijagnostička skupina	48923,411	1/2	3759,19	.001
	Interakcija	105,146	1/2	6,33	.001

Tablica 7- nastavak

Rezultati analize varijance oboljelih i članova obitelji
na komponentama upitnika IPQ-R te dijagnostičkim skupinama kao nezavisnoj varijabli

		Suma kvadrata	df	F	p
Izvor varijance					
Razumijevanje bolesti	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	10,527	1/2	0,83	.363
	Dijagnostička skupina	41125,703	1/2	2751,14	.001
	Interakcija	226,169	1/2	9,00	.001
Cikličnost bolesti	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	9,023	1/2	1,50	.223
	Dijagnostička skupina	31721,474	1/2	3445,58	.001
	Interakcija	0,635	1/2	0,05	.948
Emocionalna prilagođenost	Sudionik (oboljeli-član obitelji)	203,857	1/2	8,93	.001
	Dijagnostička skupina	66954,061	1/2	2346,30	.001
	Interakcija	127,566	1/2	2,79	.067

Rezultati ukazuju da kod identiteta bolesti postoji značajna razlika s obzirom na dijagnostičku skupinu, no ne nalazi se značajnih razlika u odnosu na sudionike (oboljeli-članovi obitelji) niti značajne interakcije. Oboljeli od shizofrenije percipiraju puno veći broj simptoma kod svoje bolesti u odnosu na oboljele od depresije i PTSP-a.

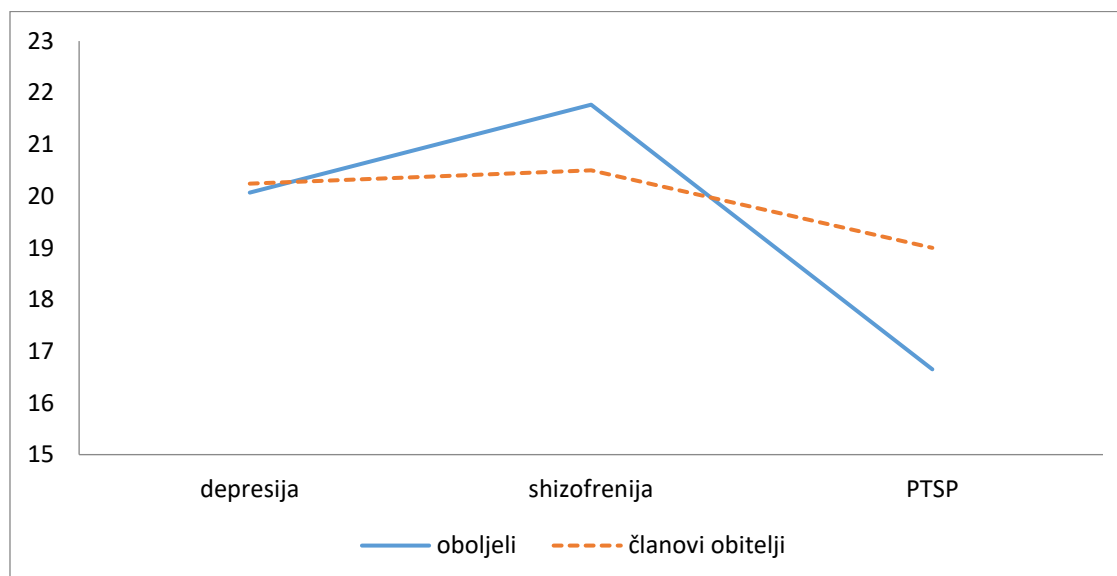
Duljina bolesti se također pokazala značajna s obzirom na dijagnostičku skupinu te se jednako tako ne nalazi značajnih razlika u odnosu na sudionike niti značajne interakcije. Oboljeli od PTSP-a u odnosu na oboljele od depresije i shizofrenije puno više percipiraju svoju bolest kao kroničnu, dugotrajniju.

Na subskali posljedice bilježi se značajna razlika u odnosu na sudionike uz značajnu razliku između dijagnostičkih skupina, no ne bilježi se značajna interakcija. Oboljeli od PTSP-a su skloniji percepciji većeg broja posljedica u odnosu na oboljele od shizofrenije i depresije. Gledajući značajnu razliku u odnosu na sudionike, članovi obitelji percipiraju puno veći broj posljedica u odnosu na oboljele.

Osobna kontrola bolesti pokazala se značajnom između dijagnostičkih skupina uz značajnu i interakciju, no ne nalazi se značajne razlike u odnosu na sudionike. Oboljeli od shizofrenije iskazuju najvišu percepciju osobne kontrole nad bolesti dok je ista kod oboljelih od PTSP-a najniža. Daljnja obrada ukazuje na statistički značajnu razliku između oboljelih od PTSP-a i članova njihove obitelji ($t(48)=-2,084$; $p<.05$) pri čemu se iz slike 4 jasno uočava da oboljeli od PTSP-a percipiraju manju osobnu kontrolu u odnosu na njihove članove obitelji. Istovremeno se uočava gotovo ista percepcija osobne kontrole bolesti kod oboljelih od depresije i članova njihove obitelji te se sukladno tome ne nalazi statistički značajna razlika ($t(56)=-,183$; $p>.05$). Oboljeli od shizofrenije iskazuju veću percepciju osobne kontrole bolesti u odnosu na njihove članove obitelji, no zabilježena razlika se također nije pokazala statistički značajna ($t(50)=1,203$; $p>.05$) .

Slika 4

Grafički prikaz rezultata (aritmetičke sredine) za subskalu osobne kontrole na upitniku IPQ-R za oboljele i članove njihove obitelji.

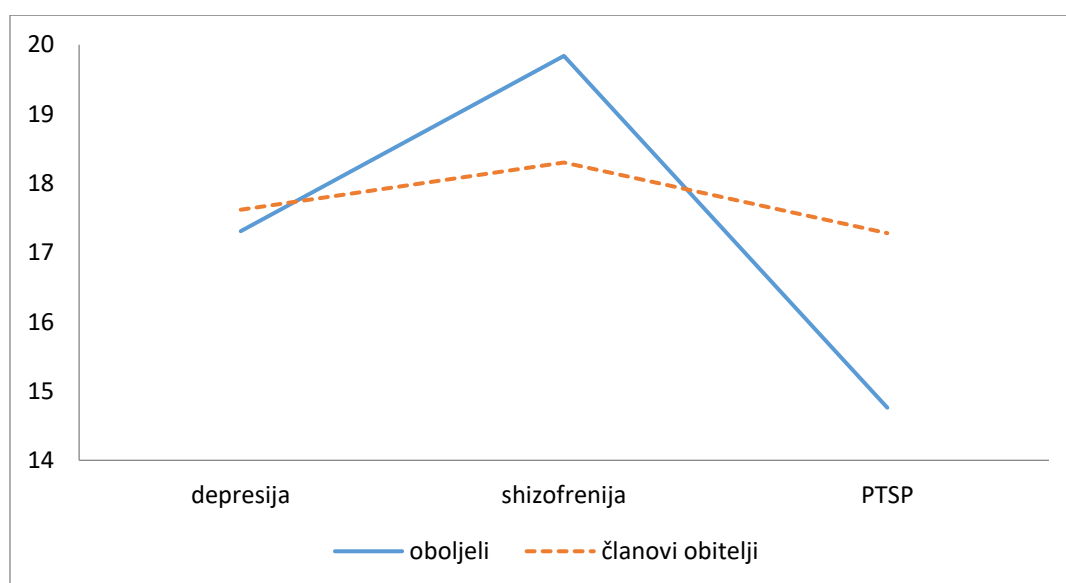


Kontrola bolesti putem tretmana se pokazala značajna u odnosu na dijagnostičke skupine uz značajnu i interakciju dok se značajna razlika ne uočava u odnosu na sudionike (slika 5). Oboljeli od shizofrenije percipiraju najveću moguću kontrolu bolesti putem tretmana dok je u odnosu na druge oboljele ista subskala kod oboljelih od PTSP-a najmanje izražena. Daljnja analiza ukazuje na statistički značajnu razliku između oboljelih od PTSP-a i članova

njihove obitelji ($t(48)=-2,795$; $p<.00$). Članovi obitelji oboljelih od PTSP-a značajno više percipiraju mogućnost kontrole tretmanom u odnosu na oboljele. Zanimljivo je da se kod oboljelih od shizofrenije uočava obrnuta slika, no opažena razlika nije se pokazala statistički značajna ($t(50)=1,855$; $p>.05$).

Slika 5

Grafički prikaz rezultata (aritmetičke sredine) za subskalu kontrola bolesti putem tretmana na upitniku IPQ-R za oboljele i članove njihove obitelji.



Razumijevanje bolesti se pokazalo značajno u odnosu na dijagnostičke skupine uz značajnu interakciju, no ne nalazi se značajne razlike u odnosu na sudionike (slika 6). Oboljeli od shizofrenije će u odnosu na oboljele od PTSP-a i depresije najmanje razumjeti svoju bolest (u smislu da će bolest za njih biti zbunjujuća, bez smisla), dok će kod članova obitelji biti upravo suprotno. Bilježi se statistički značajna razlika između oboljelih od shizofrenije i članova njihove obitelji ($t(50)=2,225$; $p<.03$) pri čemu članovi obitelji oboljelih od shizofrenije puno bolje razumiju bolest u odnosu na oboljele. Također se bilježi statistički značajna razlika između oboljelih od PTSP-a i članova njihove obitelji ($t(48)=-3,579$; $p<.00$) pri čemu oboljeli od PTSP-a imaju puno bolje razumijevanje bolesti od članova obitelji.

Kod cikličnosti bolesti jedino se bilježi značajnost u odnosu na dijagnostičke skupine, dok se značajnost ne nalazi u odnosu na sudionike niti u odnosu na interakciju. Oboljeli od

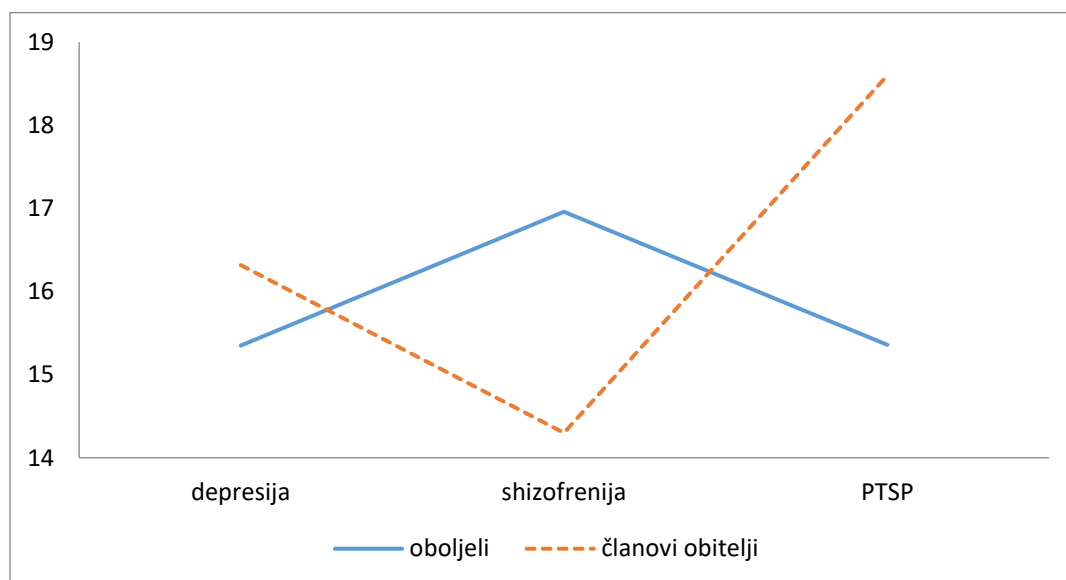
depresije i PTSP-a puno češće percipiraju bolest kao cikličnu u odnosu na oboljele od shizofrenije.

Emocionalna prilagođenost je značajna u odnosu na sudionike te u odnosu na dijagnostičku skupinu, no ne nalazi se značajne interakcije. Pri tome su oboljeli od PTSP-a u znatno većoj mjeri pogođeni bolešću (bolest ih čini tužnijima, napetijima, uplašenijima) u odnosu na oboljele od shizofrenije i depresije. Članovi obitelji su u manjoj mjeri emocionalno pogođeni bolešću u odnosu na oboljele.

Slika 6

Grafički prikaz rezultata (aritmetičke sredine) za razumijevanje bolesti putem tretmana na upitniku IPQ-R za oboljele i članove njihove obitelji.

(* viši rezultat znači slabije razumijevanje bolesti)



4.1.4. Razlike u percepciji mogućih uzroka bolesti između oboljelih i članova njihove obitelji

S obzirom na nedovoljan broj sudionika po pojedinim dijagnostičkim kategorijama nije bilo opravdano napraviti faktorsku analizu mogućih uzroka bolesti. Za svaki prikazani uzrok izračunata je aritmetička sredina te je provedena analiza varijance kojom se željelo provjeriti postoji li statistički značajna razlika u percepciji mogućih uzroka bolesti kod oboljelih i članova njihove obitelji. Rezultati su prikazani u tablici 8.

Tablica 8

Percepcija mogućih uzroka bolesti kod oboljelih i članova obitelji za svaku dijagnostičku skupinu, prikazana kao aritmetička sredina (*M*)

		depresija		shizofrenija		PTSP	
		oboljeli	član obitelji	oboljeli	član obitelji	oboljeli	član obitelji
C1	Stres i zabrinutost	4,38	4,55	4,23	3,77	4,60	4,52
C2	Genetika	2,64	2,90	2,77	2,88	1,68	2,28*
C3	Bakterija ili virus	1,45	1,59	1,77	1,73	1,44	1,52
C4	Dijeta ili način prehrane	1,76	2,14	1,73	2,04	1,68	1,72
C5	Slučajnost ili loša sreća	2,69	2,62	2,85	2,27	2,12	2,68
C6	Loša medicinska skrb u prošlos	1,86	2,24	2,27	2,27	1,76	2,32
C7	Zagađenje okoliša	1,69	2,10	1,92	1,81	1,72	1,84
C8	Ponašanje oboljelog	2,93	2,90	3,38	2,88	2,52	2,44
C9	Način razmišljanja oboljelog	3,17	3,52	3,04	3,19	2,76	3,04
C10	Obiteljske brige i problemi	3,72	3,69	3,23	2,73	2,56	3,08
C11	Previše rada	3,48	3,38	3,58	2,50**	2,04	2,52
C12	Emocionalno stanje oboljelog	4,28	4,24	3,77	3,54	3,68	3,68
C13	Starenje	1,93	2,52	2,31	1,92	2,60	2,40
C14	Alkohol	1,62	1,86	2,00	2,38	2,00	2,00
C15	Pušenje	1,86	1,97	2,15	2,77	2,08	1,92
C16	Nesreća ili ozljeda	2,24	2,21	2,50	2,08	2,72	2,68
C17	Osobine ličnosti	3,83	3,07*	3,19	2,81	3,04	2,92
C18	Narušen imunitet	2,55	2,31	2,50	2,27	2,88	2,63,

* $p < .05$; ** $p < .01$

Gledajući cjelokupne rezultate, zanimljivo je da se percepcije unutar svih dijagnostičkih skupina, između oboljelih i članova obitelji gotovo u potpunosti slažu. Pri tome se kao mogući uzrok u sve tri skupine i kod oboljelih i kod članova obitelji na prvom mjestu izdvaja "stres i zabrinutost", a zatim "emocionalno stanje oboljelog".

Kod oboljelih od depresije kao i njihovih članova obitelji se kao sljedeći najistaknutiji uzrok ističu "obiteljske brige i problemi" dok se kao najrjeđi mogući uzrok bolesti ističu "bakterija ili virus". Istovremeno rezultati analize varijance ukazuju na statistički značajnu razliku između oboljelih i članova njihove obitelji koji "osobine ličnosti" percipiraju kao mogući uzrok bolesti ($F(1/56)=5,310$, $p < .05$). Oboljeli su skloniji češće pripisivati osobine ličnosti kao mogući uzrok bolesti.

Oboljelih od shizofrenije uz "stres i zabrinutost" i "emocionalno stanje oboljelog" kao najistaknutiji uzrok bolesti ističu "previše rada" dok članovi obitelji "način razmišljanja oboljelog". Kao najmanje istaknuti uzrok kod oboljelih se ističe "dijeta ili način prehrane", a kod članova obitelji "bakterija ili virus". Analiza ukazuje na statistički značajnu razliku između oboljelih i članova njihove obitelji koji percipiraju "previše rada" kao mogući uzrok bolesti ($F(1/50)=9,324, p<.01$). Oboljeli češće percipiraju puno rada kao mogući uzrok bolesti.

Kao i kod prijašnje dvije skupine i kod oboljelih od PTSP-a uz "stres i zabrinutost" i "emocionalno stanje" kao najistaknutiji uzrok bolesti ističu se "osobine ličnosti", dok su kod članova obitelji to "obiteljske brige i problemi". Kao najmanje istaknut uzrok pokazali su se "bakterija ili virus". Gledajući razlike između oboljelih i članova obitelji, "genetika" se kao mogući uzrok bolesti pokazala statistički značajna ($F(1/48)=5,085, p<.05$). Pri tome su članovi obitelji puno češće skloni percipirati genetiku kao mogući uzrok bolesti.

4.1.5. Povezanost emotivne prilagođenosti bolesti s kognitivnim shemama oboljelih i kognitivnim shemama članova njihove obitelji

Kao četvrti problem ovog istraživanja željelo se utvrditi koliko je emotivna prilagođenost bolesti povezana s kognitivnim shemama oboljelih i kognitivnim shemama članova njihove obitelji. U tu svrhu provedena je regresijska analiza. Iz tablice 9 iščitava se da je na rezultatima oboljelih sudionika multipla korelacija 7 prediktora (kognitivnih shema tj. subskala upitnika IPQ-R) i kriterija (emocionalne prilagođenosti) jednaka $R = .666$ ($F(7/149) = 16.978, p < .001$). Znači dobiven je statistički značajan koeficijent multiple korelacije uz koeficijent determinacije (korigirani) koji pokazuje da postoji 41% faktora koji su zajednički kriterijskoj i prediktorskim varijablama. Od korištenih prediktora kod oboljelih su se posljedice bolesti, kontrola putem tretmana i razumijevanje bolesti pokazali značajnima u predviđanju emocionalne prilagođenosti. Što je veća percepcija kontrole putem tretmana i što je bolje razumijevanje bolesti, to je i bolja emocionalna prilagođenost oboljelih (tj. biti će manje ljuti, u strahu, tužni zbog bolesti). No, što je veća percepcija posljedica bolesti, to je i lošija emocionalna prilagođenost (oboljeli će biti više emotivno pogođeni bolešću u smislu većeg straha, tuge, zabrinutosti).

Iz tablice 10 iščitava se da je na rezultatima članova obitelji multipla korelacija 7 prediktora (kognitivnih shema tj. subskala upitnika IPQ-R) i kriterija (emocionalne prilagođenosti) jednaka $R = .552$ ($F(7/71) = 4,447, p < .001$). Dobiven je statistički značajan koeficijent multiple

korelacije uz koeficijent determinacije (korigirani) koji pokazuje da postoji 24% faktora koji su zajednički kriterijskoj i prediktorskim varijablama. Od korištenih prediktora kod članova obitelji jedino se trajanje bolesti pokazalo značajnim u predviđaju emocionalne prilagođenosti. Ukoliko članovi obitelji percipiraju bolest kao kroničnu, dugotrajniju, bit će i više emocionalno pogođeni, tj. procjenjivat će da ih bolest čini napetima, tužnima, u strahu.

Tablica 9

Rezultati stupnjevite multiple regresijske analize za kriterijsku varijablu emocionalne prilagođenosti za oboljele sudionike (N=160).

	β	t	p	sažetak modela
Identitet bolesti	-.05	-.85	.39	
Trajanje bolesti	-.05	-.80	.42	$R=.666$
Posljedice	.46	6.40	.00	$R^2=.444$
Osobna kontrola	.06	.79	.43	korigirani $R^2= .418$
Kontrola putem tretmana	-.22	-2.81	.01	$(F(7/149) = 16.978$
Razumijevanje bolesti	-.23	-3.46	.00	$p< .001$
Cikličnost bolesti	.12	1.73	.08	

β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta; t = vrijednost t-testa; p = razina značajnosti; R = koeficijent multiple korelacije; R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = korigirani ukupni doprinos objašnjenjivosti varijanci; F = vrijednost ukupnog F-omjera

Tablica 10

Rezultati stupnjevite multiple regresijske analize za kriterijsku varijablu emocionalne prilagođenosti za članove obitelji (N=80).

	β	t	P	sažetak modela
Identitet bolesti	.03	.30	.76	
Trajanje bolesti	.37	2.98	.00	$R=.552$
Posljedice	.12	1.04	.30	$R^2=.305$
Osobna kontrola	-.10	-1.01	.31	korigirani $R^2= .236$
Kontrola putem tretmana	.04	.34	.73	$(F(7/71) = 4.447$
Razumijevanje bolesti	-.14	-1.26	.21	$p< .001$
Cikličnost bolesti	.18	1.63	.11	

β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta; t = vrijednost t-testa; p = razina značajnosti; R = koeficijent multiple korelacije; R^2 = koeficijent determinacije; korigirani R^2 = korigirani ukupni doprinos objašnjenjivosti varijanci; F = vrijednost ukupnog F-omjera

4.2. Rezultati kvalitativnog dijela istraživanja

Kako bismo ispitali sadržaje kognitivnih shema oboljelih, napravljena je analiza transkripata fokusnih grupa te je prikazana po dijagnostičkim skupinama.

Oboljeli od depresije

1. Percepcija bolesti

Depresiju oboljeli većinom definiraju kao bezizlazno stanje, pri tome naglašavaju nezadovoljstvo, neraspoloženje, tugu kao glavne simptome. Dio ih opisuje napetost, preosjetljivost u akutnim fazama uz povećanje ili smanjenje apetita te potrebe za izolacijom i neaktivnosti općenito. Dio žena opisuje i niz fizičkih simptoma u vidu trnaca, mučnine, osjećaja gušenja i nemoći u cijelom tijelu. Obzirom na većinu žena u grupama, kao jedan od glavnih pokazatelja depresivnog stanja isticana su smanjenja motivacije ili nemogućnost obavljanja kućanskih poslova uz naglašavanje kako ih to posebno smeta.

„U najgoroj fazi mi čak i pločice na zidu smetaju.“

„Ja sam imala osjećaj da tonem. nisam mogla ni iz postelje.“

Većina ih navodi kako depresiju smatraju stanjem koje će se ponavljati i koje će ih pratiti čitav život, no jasno opisuju kako su u početku liječenja imali stavove kako se samo radi o kratkotrajnoj fazi koja će proći. Smatraju da je na depresiju moguće utjecati i iako većina, kao prvi način na koji je moguće utjecati navodi farmakoterapiju, veliki dio oboljelih iznosi i kako je fizička aktivnost nešto što ih uspijeva izvući iz depresivnih epizoda kao i druženje s drugima ili duhovna obnova. Nekoliko oboljelih navodi kako je i svaka epizoda na neki način drugačija te da zahtjeva možda i drugačiji pristup.

„Čovjek, kad se malo primi posla, rada, recimo ja imam kuću, psa pa oko psa ima obaveza pa se u tome nađem i to mi pomogne.“

2. Mišljenje i stavovi o depresiji

Kao asocijacije koje prve nadolaze oboljelima kada je riječ o depresiji, ističu se samoća, nemoć, povlačenje u sebe, beznadnost, umor. Zanimljivo je kako većina ističe kako je u početku liječenja mislila da se radi o trenutnom stanju koje će proći i koje se neće ponoviti, no kako su s vremenom spoznali da se radi o ponavljajućim fazama. Ističu kako je teško prihvatiti činjenicu da povremeno zbog takvih faza moraju ići na liječenje te kako se često zna dogoditi da u odlascima u bolnicu ne vide smisao. Dio oboljelih ističe kako su u početnoj fazi bile

okarakterizirane više razdražljivošću, napetošću popraćenom mučninama, nesanicom, dok su kasnije faze više odražavale povlačenje, umor, nemoć. Također, dio oboljelih navodi kako je prošao vrlo detaljnu dijagnostiku s neurološke strane prije nego je potvrđena dijagnoza depresije što ih je dodatno iscrpljivalo.

„Ja sam mislila bum išla u bolnicu i bum se izliječila.“

Uspoređujući depresiju s drugim psihičkim bolestima dio oboljelih smatra da je oboljelima od PTSP-a ili shizofrenije puno lakše jer se doimaju aktivnijima u svakodnevnom funkcioniranju. Dio ih smatra da je shizofrenija najteži tip psihičke bolesti zbog svojih simptoma. Zanimljiva je i usporedba oboljelih žena koje kao partnere imaju supruge oboljele od PTSP koje smatraju da je teže živjeti s nekim oboljelim od povratnog depresivnog poremećaja nego s nekim od PTSP-a. To argumentiraju činjenicom da čak i eksplozivne reakcije PTSP-ovaca budu burne, ali kratke i prolazne dok depresivna faza traje i na nju nitko ne može utjecati. Dio oboljelih depresiju ističe kao težu bolest u odnosu na druge jer ne dopušta da čovjek u potpunosti doživi emocije.

„Dok vidim ljude koji imaju shizofreniju ili PTSP oni se kreću, okreću, mogu plesati i ne znam šta sve ne...“

„Ja u depresiji ne mogu osjetiti iskreno veselje. Imam dvije unuke i kad one dođu ja želim biti sretna, ali ne mogu to iskreno doživjeti.“

Veći dio oboljelih ističe kako je nužan neki događaj da bi se depresija razvila uspoređujući to s drugim psihičkim bolestima npr. shizofrenijom kod koje to nije nužno. Kao događaji koji su potaknuli depresiju najčešće navode: smrt djeteta, bliske osobe, teške prometne nezgode, gubitak posla, selidba djece iz kuće, mobbing na poslu i sl.

3. Emocionalna komponenta

U skladu s već opisanim reakcijama u početnoj fazi liječenja većina oboljelih opisuje izrazitu tugu, očaj u situaciji saznavanja svoje dijagnoze.

„Nisam znala što je to i što sad.“

„Samo sam plakala, jako sam plakala.“

Dio njih navodi kako uspijevaju s drugima podijeliti da se liječe od depresije i da pri tome na neki način osjećaju i olakšanje. Drugi dio navodi kako se ne usudi o tome pričati s drugima zbog predrasuda koje imaju te straha da neće naići na razumijevanje. Jedna od oboljelih čak navodi i osjećaj pritiska i gušenja kad je u situaciji da nekome mora pojasniti da boluje od depresije.

4. Odnos s bližnjima i okolinom

Iako dio oboljelih navodi podršku od strane obitelji i bližnjih, zanimljivo je kako veći dio iznosi kako bližnji depresiju doživljavaju kao stanje lijenosti, umišljenosti. Većinom iznose kako najbliži smatraju da si sami moraju pomoći da im niti oni niti lijekovi ne mogu pomoći u depresivnim fazama. Dio ističe kako nemaju razumijevanje za slabiju potrebu za aktivnostima te nemogućnost koncentracije na npr. tv, knjige.

„Moj sin smatra da glumim.“

„Rekla sam sestri, ona ima šećer, no unatoč tome ne razumije moju bolest.“

„Potiču me da izađemo, da hodamo, ali kako se pokrenuti.“

Kada je u pitanju okolina, oboljeli se u potpunosti slažu da okolina ne razumije depresiju kao bolest, većinom je definiraju kao lijenost. Pri tome navode niz primjera, od podrške susjeda i poznanika koju su izgubili do nadređenih koji nisu imali razumijevanja za bolest i liječenje.

„Kad kažeš da si na Jankomiru oni reagiraju kao da je to film o Frankensteinu.“

„Mene na poslu ismijavaju, kažu: „Pa ti to možeš srediti, imaš dijagnozu, tebi nitko ništa ne može.“

Kada su u pitanju prijateljski odnosi tu su mišljenja podijeljena. Dio oboljelih smatra da i dalje imaju podršku bliskih prijatelja, dok dio navodi kako ih na neki način osuđuju te kako su se prijatelji udaljili ili u potpunosti odmaknuli od njih od kada se liječe.

5. Savjeti oboljelih za poboljšanje stanja

Oboljeli su suglasni oko toga da kao primarno u depresivnom stanju treba potražiti stručnu pomoć. Dio naglašava kako je to u početku teško za prihvatiti, no kako je nužno da bi se stanje poboljšalo. Zatim većina navodi fizičku aktivnost, kretanje na način na koji osobi odgovara i to u mjeri u kojoj joj odgovara, naglašavajući pri tome kako je to u početku jako teško, ali nužno. Dio oboljelih savjetuje da se u početku izbjegava čitanje ili bilo koja aktivnost koja zahtjeva veće usmjeravanje pažnje. Također veliki dio navodi kako je rad u vrtu te kućni ljubimci nešto što im pomaže pri slabijim depresivnim fazama te na taj način uspješno izbjegavaju bolničko liječenje.

„Pas vas nekako oraspoloži, ohrabri, nekako je kao dio terapije. Uz vas je, možete šetati s njim.“

“Ja sam na početku odbijala liječenje, ali sad ne bi. Sada bi dala savjet da je to nužno. Isto tako čovjek bi se trebao i pokrenuti.“

Oboljeli od PTSP-a

1. Percepcija bolesti

Oboljeli od PTSP-a u velikoj se mjeri slažu oko definiranja psihičke bolesti. Posttraumatski stresni poremećaj definiraju kao bolest nastalu pod utjecajem raznih stresova i trauma s tim da naglasak stavljaju na ratnu traumu (dio oboljelih naglašava kako je moguće oboljeti i od traume koja nije vezana za ratno iskustvo). Bolest definiraju i kao neprimjerenu reakciju na neku određenu situaciju pri čemu okidač same reakcije može biti bilo što iz okoline (interakcija s drugom osobom ili jednostavno neki podražaj iz okoline).

„Poremećaji psihe nastali raznim stresovima, traumama u našem slučaju to se tiče rata, međutim postoji i civilni PTSP..“

Kao ključno obilježje PTSP-a navode iznenadne reakcije na evocirajuće podražaje iz okoline kao i perzistiranje tegoba tijekom vremena. Od simptoma većina oboljelih ističe nemir, tjeskobu, napetost, razdražljivost uz niz tjelesnih simptoma poput ubrzanog rada srca, znojenja te poteškoća sa spavanjem. Dio oboljelih naglašava kako noćne more vezane za traumatska ratna iskustva ne doživljavaju u istom intenzitetu kao u početku povratka s ratišta. Ističu kako je uglavnom prisutna nesanica, isprekidani san koji povremeno može biti okarakteriziran noćnim morama koje imaju miješani sadržaj traumatskog iskustva i nestvarnih, zastrašujućih događaja koji se zapravo nisu niti dogodili. Dio ih stavlja naglasak na pretjeranu osjetljivost koja se manifestira verbalnom te moguće u ekstremnim situacijama i fizičkom agresivnošću.

„Recimo mene bi kad bi auto naglo zakočio pored mene, podsjetilo na eksploziju ili nešto slično, ili npr. neka buka, kad netko zalupi vratima.“

„Lako se posvađam, pogotovo kad ti počne pametovati netko tko nije prošao taj rat, tko nigdje nije bio.“

Među simptomatikom posebno stavljaju naglasak na povremena razdoblja u kojima dominiraju crne misli te poriv za suicidom. Dio ih naglašava kako u većini slučajeva postoji nešto što ih zaustavi u naumu, najčešće navode pomisao na djecu. Dok dio opisuje svoje pokušaje suicida navodeći specifične situacije te ljude koji su ih spasili u određenom trenutku.

„Dolaze trenutci kad jednostavno kao da si zatvoren u crnu kutiju i nema svjetlosti, ti više ne vidiš smisla, uopće čemu živjeti i čemu to sutra. Sutra neće biti ništa drugačiji dan nego što je danas. Počinje te sve smetati, neki zvukovi te podsjećaju na nešto čega u biti uopće nema.“

Većina oboljelih smatra da je PTSP stanje na koje se ne može samostalno utjecati. Navode kako je to nelječiva bolest, kako se tek može donekle zaliječiti zbog čega su prisiljeni stalno tražiti pomoć te se vraćati u bolnicu na liječenje. Dio njih naglašava važnost

farmakoterapije te njenog redovnog uzimanja, dok dio ističe kako piju iznimno velike doze lijekova iako unatoč toga imaju poteškoće sa spavanjem te učestale iznenadne reakcije. Isti smatraju da je kao ključan dio liječenja dolazak u bolnicu kao okolinu gdje su prihvaćeni, gdje ih se razumije i gdje su sa sebi sličnima te ističu kako uz to fizička aktivnosti i kretanje doprinose smanjenju simptoma. Ističu kako kod dugogodišnjeg liječenja vide smisao u grupama u kojima međusobno mogu dijeliti svoje poteškoće, no naglašavaju kako to zahtjeva vrijeme i stjecanje povjerenja te ne uključuje razgovore o ratnim zbivanjima (od istih razgovora se trude odmaknuti što više). Dio pacijenata smatra da je povratak u bolnicu na neki način ovisnost zbog osjećaja ugone i prihvaćanja od strane svih.

„To traje doživotno, to se ne može liječiti, samo zaliječiti. Ono što kaže kolega dok smo ovdje ajd donekle, a kad ideš u civilstvo opet krene onaj život koji ti ne odgovara.“

2. Mišljenje i stav o PTSP-u

Kao prve asocijacije na spomen PTSP-a oboljeli ističu: agresivnost, eksplozivnost, neugodnost za druge, kajanje, proglašavanje ludim od strane okoline, povratak među civile. Oboljeli opisuju kako u početku nisu doživljavali tegobe kao nešto ozbiljno, sve dok zbog izrazito intenzivnih simptoma nisu bili prisiljeni potražiti pomoć. I tada naglašavaju kako je u početku bilo teško prihvatiti da boluju od PTSP-a. Većina naglašava kako su ih i bližnji i okolina opominjali da se mijenjaju i da trebaju tražiti pomoć, no unatoč tome su to odbijali. Dio ih ističe kako u početku liječenja nije vidio niti smisao niti rješenje za vlastite tegobe, što se vremenom mijenjalo.

„Meni je npr. postalo normalno da spavam tri- tri i pol sata, iako to nije normalno, nije ni sada normalno. Kasnije te to sve više i više počne opterećivati, danju si umoran, ne funkcioniraš na poslu, a sve pripisuješ kao umoru koji te sve više i više pritišće.“

„Dok ja nisam pokazivao probleme na van ni okolina mene nije doživljavala kao problem.“

Jedan od oboljelih iznosi svoju teoriju „evoluiranja PTSP-a“ gdje naglašava kako je među ljudima fama da se 90% tegoba oboljelih svodi na ružne snove što zapravo nije tako. Noćne more možda jesu povremene no trenutno je veći problem u osjećaju nerazumijevanja od strane okoline, pitanje smisla svega onoga što se prošlo u odnosu na trenutna postupanja države prema braniteljima te općenito prema ratnim zbivanjima.

„Kod izadeš van onda vidiš koje su novine, koje su gluposti i onda se opet pitaš zašto je to sve bilo, zašto to sve jesam, zašto mi je poginuo onaj, možda nije trebao?“

Uspoređujući PTSP s drugim bolestima, oboljeli se slažu oko toga da PTSP nije urođena bolest. Dio ih naglašava da je slična ovisnosti jer traži neku vrstu adrenalina dok se drugi ne slažu s navedenim tvrdnjama.

„Falilo mi je borbena djelovanja i postao sam ovisan o tome adrenalinu, smetala mi je mirnoća i danas mi više odgovara buka. Mirnoća je na ratištu značila strah, a kad je počelo djelovanje više nije bilo straha. Ja se na neki način praznim na buci, na fizičkom djelovanju.“

Dio oboljelih smatra da je PTSP lakša bolest u odnosu na neke jer kad si priznaš da si bolestan, onda si svjestan svoga stanja, dok dio ističe da je PTSP puno teži zbog nemogućnosti samokontrole, ali i činjenice da ga nisu mogli na neki način sami birati kao što ovisnici mogu birati alkohol, drogu. Također isti naglašavaju i da težina proizlazi iz nemogućnosti da se do kraja izliječe za razliku od nekih drugih psihičkih bolesti.

3. Emocionalna komponenta

Kao dominantne emocije koje većina naglašava su osjećaj odbačenosti, zapostavljenosti i neprihvaćenosti od strane bližnjih ili šire okoline. Opisujući svoje prve emocionalne reakcije u trenutku saznavanja dijagnoze većina navodi čuđenje (*„Bilo mi je čudno što me doktorica pita kako spavam, meni je to bilo normalno.“*), nelagoda praćena strahom od osude od strane okoline (*„Sad će me odmah proglasiti ludim.“*). Dio oboljelih ističe sram kao dominantan u početku. Sram od pričanja o tegobama ili sram da će općenito tegobe biti negdje zabilježene zbog čega neće moći više raditi.

„Nelagoda i strah zato što sam još uvijek bio djelatna vojna osoba i što sam radio. Pročula se priča da će svi djelatnici koji imaju invalidnost odnosno oštećenje da neće moći raditi. To je mene strašno pogodilo, tražio sam da mi smanje invalidnost na komisiji.“

Većina oboljelih slaže se da nemaju potrebu govoriti drugima da boluju od PTSP-a niti inače o tome pričati. No ukoliko dođe do razgovora o tome dio ističe kako mogu bez većeg emocionalnog naboja odgovarati na pitanja znatiželjnih, dio opisuje osjećaj ljutnje i prezira dok dio opisuje kako uspješno ignorira znatiželjнике i pitanja ili navode kako se liječe od depresije. Jedan od oboljelih ističe neugodnu situaciju kod poslovanja s bankom kada je bio primoran reći od čega se liječi, navodeći kako u takvim situacijama nisu zaštićeni.

4. Odnos s bližnjima i okolinom

Oboljeli većinom smatraju kako najbliži jednako pate jer cijelo vrijeme s njima zajedno proživljavaju sve teže faze. Manji dio opisuje kako imaju potpuno razumijevanje od strane obitelji, posebno za periode kada im je potrebno povlačenje i osama. Veći dio naglašava učestale svađe, sukobe koji loše utječu na odnose s partnerima zbog čega ih je znatan broj razvedenih ili u suživotu s bivšom suprugom. Smatraju da bi i partneri i djeca trebali jednako kao i oni dobiti podršku i informacije o tome što je PTSP. Zanimljivo je kako dio oboljelih koji nemaju obitelj smatraju to kao svojevrsnu prednost jer imaju potreban mir. Prema mišljenju oboljelih partneri im najviše zamjeraju zatvorenost, začahurenost što dodatno otežava komunikaciju.

„Rastavljen sam i već godinama imam prijateljicu, razgovaramo normalno, ali koja veli da je kod mene jako teško nešto izvući, nešto saznati što se tiče mene osobno, moje prošlosti.“

„ Najljepše godine moga života bile su ratne godine jer sam tamo našao prijatelje, a kad sam se vratio ostao sam sam. Moja bivša žena ima strah od mene, što je najgore ulila je taj strah i prema djeci.“

Kada je riječ o okolini, oboljeli dijelom smatraju da ih okolina ne razumije, da se PTSP doživljava kao način za ostvarivanje sekundarne dobiti. U komunikaciji ih neki izbjegavaju, suzdržavaju se od razgovora s njima, nevjeruju njihovim tegobama. Naglašavaju stereotipe kao npr. PTSP-ovci su luđaci s mogućim oružjem. Dio pak naglašava da sve ovisi o njima samima kako će se postaviti prema drugim ljudima, ako i sami mogu pričati o bolesti i okolina će to lakše prihvatiti. Ističe se nekoliko oboljelih koji smatraju da njihovi bližnji, ali i okolina iz njihova pogleda mogu uvidjeti da su bolesni. Tokom razgovora istaknulo se i nerazumijevanja npr. od stručnog osoblja npr. liječnika opće prakse gdje pojedinci kako navode oboljeli nemaju razumijevanja za ponavljajuće i dugotrajne hospitalizacije.

„Oni to uglavnom doživljavaju kao modalitet čudaka da bi se dokopali određenih beneficija.“

„Liječnica koju sam promijenio mi je rekla što oni samnom rade tri mjeseca, jer ako se to ne može izliječiti u tako dugom periodu onda nešto nije u redu.“

5. Savjeti oboljelih za poboljšanje stanja

Oboljeli su predložili nekoliko rješenja u slučaju da netko oboli od iste bolesti. Svi se slažu da je nužno potražiti stručnu pomoć i to primarno u vidu razgovora i da u tome treba ustrajati. Dio naglašava važnost hobby-a u smislu aktualnog bavljenja nečim (pisanje, vrtlarjenje, stolarija i sl.), aktivnog druženja s djecom kroz sport. Savjetuju izbjegavanje konfliktnih situacija kao i razgovora koje obuhvaćaju ratnu tematiku i vraćanje na teške

događaje. Kao važan zaključak u jednoj od grupa se nametnula i potreba za radom kao nečim što liječi i pomaže. Zanimljivo je da nitko od oboljelih ne navodi farmakoterapiju kao opciju za poboljšanje stanja, nego prije kao nuždu za privremeno smirenje.

„Tu ima puno njih koji non stop te listove vraćaju unazad, nikad si nitko od njih ne želi priznati da postoji sutra, nego kao da samo postoji jučer. Tako sam ja zadao sebi da trebam živjeti za sutra, ali moram se naučiti prvo sebi pomoći da me okolina prihvati i da može komunicirati samnom.“

„Država je pogriješila što nam je dala velike penzije, naučili smo na rad i zapravo smo obolili kad smo ostali bez posla.“

Oboljeli od shizofrenije

1. Percepcija bolesti

Oboljeli od shizofrenije definiraju svoju bolest na različite načine, no ipak se kao najčešći simptom izdvaja strah. Bolest opisuju kao iskrivljenu percepciju ili realnost, kao slabu mogućnost prerade informacija, kao psihičku preopterećenost. Većina ističe kako je to bolest za cijeli život, dio ih ističe da bolest traje do otkrića uzroka, dok dio navodi kako im je tijekom liječenja rečeno u početku da će trajati oko dvije godine, zatim moguće pet da bi konačni zaključak bio da je to stanje koje će ih pratiti cijeli život.

„Za mene je psihoza da gledam u ogledalo i ne vidim više sebe.“

„Ne vladaš ni prostorom ni vremenom.“

„To je resetiranje sustava, i onda pukne.“

Iznose niz simptoma koje karakteriziraju samo stanje. Pri tome se najčešće spominje strah u smislu nedefiniranog straha ili straha da ih netko prati, da im želi zlo. Navode i uznemirenost, paniku do psihotične razine (osjećaj da će organi iskočiti van tijela). Dio oboljelih navodi slušne halucinacije te neobične tjelesne senzacije ili bizarne radnje (skupljanje smeća po ulici da se nahrane gladni). Dok jedan dio opisuje povlačenje u sebe, strah od grupe ljudi, drugi navode kako im je sama akutna faza u nekim trenucima vrlo zanimljiva jer su u nekom svome svijetu.

„Meni tetive u glavi vibriraju i tako čujem glasove.“

„To su glasovi, ja sam Isus i tako...oni su kao stanari u glavi, vrijeđaju ili pričaš s njima, oni su samnom 14 godina.“

„Čula sam ona je glupa i odmah sam mislila to sam ja...to je bolest.“

„Jako lupanje srca, do ludila vas vodi, nemrete, hladan znoj, mrtvački vas oblije, ono imate osjećaj da ćete umrijeti i guši me.“

„To je ono kad ide riječ pa slog pa onda slog iskombinira druge riječi, drugačije riječi, nove riječi...nove pojmove...“

Tijekom razgovora u jednoj od grupa oboljeli iznose kako ih samo stanje u nekim fazama tjera na suicidalna razmišljanja, no ne uspijeva se točno razjasniti čemu se to pripisuje.

Samu bolest doživljavaju kao nešto neplanirano, nepredvidivo, nešto što ih čini nemoćnima. Dio oboljelih ističe mogućnost genetske nasljednosti. Skoro svi su suglasni da farmakoterapija pomaže u stabilizaciji stanja te da je potrebno redovno uzimanje iste. Veći dio naglašava da je uz lijekove moguće zalječenje, ali da izlječenja nema. Tek manji dio navodi kako je moguće na samu bolest utjecati npr. čitanjem religijskih sadržaja ili druženjem s drugim ljudima zbog osjećaja korisnosti i obaveze. Ističu i važnost fizičke aktivnosti te općenito aktivnosti organizma kako bi se postigla stabilna remisija te funkcioniranje u svakodnevnom životu.

2. Mišljenje i stavovi o shizofreniji

Kao asocijacije na riječ shizofrenija oboljeli navode: poremećaj u mislima, poremećaj psihičkog stanja, poremećaj ličnosti, Sizif, panika, pospanost, luđak. Opisujući tijek same bolesti dio oboljelih navodi kako je u početku prisutan strah do razine da ih onemogućuje u funkcioniranju uz veliku količinu informacija od kojih su neke iskrivljene. Ističu kako su pri prvom kontaktu s liječnikom i bolnicom odbijali liječenje te vrlo teško prihvaćali činjenicu da je ono potrebno. Dio ih opisuje nelagodu i strah od moguće osude okoline po izlasku iz bolnice. Dio pacijenata iznosi kako je s prihvaćanjem bolesti i mijenjanjem stava prema simptomima i okolina postala drugačija prema njima, u smislu veće podrške i potpore.

„Meni je prvo bio jedan strah kako ću to sve podnijeti i gdje ću završiti i to što moraju i roditelji čuti da sam bolestan, to nisam želio.“

„Zna biti jako teških perioda kad ne znam za sebe, kada sam pod lijekovima, a zna biti perioda kad se osjećam normalno. Uvijek je u meni prisutno to znanje da sam bolesna i da se svaki čas može nešto desiti...“

Uspoređujući shizofreniju s ostalim psihičkim bolestima, dio oboljelih smatra da je ona puno teža argumentirajući to činjenicom da se od toga ne može oporaviti kao npr. od pijanog stanja te činjenicom kako ta bolest dolazi sama od sebe ničim izazvana. Dio pak naglašava kako je većina bolesti slična, dok jedan dio depresiju izdvaja kao puno teže stanje navodeći da u tom stanju pacijenti ne mogu ponekad voditi o sebi ni najosnovniju brigu.

„Mislim da je to isto samo su manifestacije drugačije. Npr. od alkohola se trijeznimo od ovoga ne.“

3. Emocionalna komponenta

Opisujući svoje prve emocionalne reakcije na informaciju da boluju od shizofrenije oboljeli navode osjećaj pobune, bunta, odbijanje prihvatanja te informacije. Pri tome ističu i osjećaj straha, poniženja. No, dio oboljelih navodi kako je odmah prihvatio boravak u bolnici kao opciju gdje se mogu osjećati sigurno od straha koji ih je okupirao.

„Prvo je strah, a onda ko ti nisi osoba ti si dijagnoza, ti nisi normalan.“

„Nisam osjećao ništa u sebi...ustvari neprihvatanje toga.“

„Bio sam nekako zbunjen, ko da idem u zatvor.“

„Ja sam imala osjećaj ko da netko vlada nadamnom, postojao je taj strah.“

Oboljeli iznose kako većinom osjećaju nelagodu kad moraju nekome reći za svoju dijagnozu. Dio njih smatra da je to potrebno kako bi vidjeli tko ih može prihvatiti, dok dio vidi u tome najčešće prekid odnosa. U slučaju da im netko kaže da su oboljeli od shizofrenije veći dio zaključuje kako je važno koliko su bliski s tom osobom i o tome će ovisiti i sama reakcija (povlačenje, humor i sl.)

„Neki okreću glavu, neki ne. Neki razgovaraju, neki izbjegavaju... teško je danas naći nekoga.“

„Mene je većina prijatelja napustilo od kad 9 godina čujem glasove. Sad trebam novo društvo.“

4. Odnosi s bližnjima i okolinom

Zanimljivo je da dio oboljelih opisuje kako su i neki od njihovih bližnji u početku liječenja mislili da se ne radi o bolesti i da lijekovi nisu nužni. Naglašavaju i kako najveću podršku imaju od najbližih (roditelja, braće i sestara) koji ujedno i najviše brinu. Kada je riječ o okolini smatraju da ih drugi vide kao luđake, divljake, da imaju krivu sliku o samoj bolesti te da, iako možda i komuniciraju s njima, naknadno o njima ružno govore.

„Stalno su na oprezu, gledaju kako se ponašamo.“

„Moja majka bi vam prva rekla da je ona učestvovala u tome da ja dođem do tog stanja..“

„Gledaju Alfreda Hitchcock-a...pa misle da tu ima povezanosti.“

5. Savjeti oboljelih za poboljšanje stanja

Kao prvu stepenicu ka uspješnoj remisiji većina oboljelih navodi prihvatanje svoje bolesti te onda i liječenja u smislu da se aktivno sudjeluje u svima aktivnostima i terapijama te

da se ne odbija i ne prekida farmakoterapija. Ističu potrebu da se bude strpljiv, ide korak po korak. Naglašavaju važnost druženja s drugima koji su imali slično iskustvo kao i važnost fizičke aktivnosti te hobija (slušanja glazbe, pisanja svojih pjesama, crtanje, kućni ljubimci). Uz to se ističe i potreba za relaksacijom te važnost traženja onoga što opušta.

„Pošto se liječiti moraš, dobivat ćeš lijekove, ali ako se očekuješ izliječiti to neće biti. A glasovi jednostavno da se bavi s nečim, nešto radi ili muzika ili neki film.“

U cjelini, kada uspoređujemo sve tri dijagnostičke skupine vidljivo je da oboljeli od depresije i PTSP-a podjednako ističu i fizičke i psihičke simptome bolesti te naglašavaju kako je potreban neki vanjski uzrok kako bi se razvila bolest, dok se oboljeli od shizofrenije primarno fokusiraju na iskrivljenu realnost i strah kao ključne simptome. Možemo reći da sve tri skupine oboljelih svoju bolest doživljavaju kroničnom te na sličan način opisuju proces prihvatanja bolesti, naglašavajući da je početna faza obilježena negiranjem, neprihvatanjem da se radi o kroničnoj bolesti. Također, sve tri skupine farmakoterapiju navode kao dio tretmana, pri čemu oboljeli od depresije dodaju i nužnost fizičkog kretanja, a oboljeli od PTSP-a nužnost grupne psihoterapije. Jednako tako svi navode obitelj i bližnje kao podršku, pri čemu oboljeli od depresije naglašavaju da ih pojedini članovi obitelji doživljavaju lijenima, a ne bolesnima. Oboljeli od shizofrenije i PTSP-a doimaju se slični naglašavajući stereotipe koje okolina ima prema njima, kao agresivnima, čudnima i slično. Svi oboljeli smatraju kako je u liječenju nužna stručna podrška uz fizičku aktivnost (hobi), pri čemu oboljeli od shizofrenije i PTSP-a ističu i nužnost druženja sa osobama sa sličnim iskustvom. Najznačajniji nalazi za sve tri skupine oboljelih istaknuti su u tablici 11. Prikupljeni podaci kasnije će se dodatno nadopuniti rezultatima upitnika IPQ-R.

Tablica 11

Najznačajniji nalazi fokusnih grupa za sve grupe oboljelih

	depresija	shizofrenija	PTSP
Percepcija bolesti	<ul style="list-style-type: none"> - naglasak na fizičkim simptomima - kronična bolest - za nastanak bolesti potreban neki vanjski uzrok - farmakoterapija kao primani tretman uz fizičku aktivnost 	<ul style="list-style-type: none"> - strah kao najčešći simptom uz iskrivljenu realnost - moguća suicidalna promišljanja - kronična bolest - mogući uzrok u genetici - farmakoterapija kao tretman uz fizičku aktivnost 	<ul style="list-style-type: none"> - za nastanak potreban neki vanjski uzrok (naglasak na ratnoj traumi) - naglasak na fizičkim simptomima uz razdražljivost, preosjetljivost, moguće i crne misli - kronična bolest - farmakoterapija kao dio tretmana uz grupnu psihoterapiju sa oboljelima koji imaju slična iskustva
Mišljenje i stavovi o bolesti	<ul style="list-style-type: none"> - ponavljajuće faze koje osoba u početku teško prihvaća - depresiju karakteriziraju kao težu u odnosu na druge bolesti 	<ul style="list-style-type: none"> - u početku intenzivne faze bolesti, odbijanje liječenja te teško prihvaćanje bolesti - smatraju da je shizofrenija teža u odnosu na druge bolesti 	<ul style="list-style-type: none"> - u početku ne prepoznavanje simptoma i bolesti - teško prihvaćanje bolesti i traženje pomoći tek u slučaju poteškoća s okolinom
Emocionalna komponenta	<ul style="list-style-type: none"> - očaj, tuga, beznađe, povlačenje u sebe 	<ul style="list-style-type: none"> - osjećaj straha - u početku bunt, protivljenje informacijama od liječnika - dio naglašava osjećaj sigurnosti u bolnici (sigurni od straha koji ih okupira) 	<ul style="list-style-type: none"> - osjećaj odbačenosti, nepovjerljivost - sram pri pričanju o tegobama (teško dijele poteškoće s drugima)
Odnos s bližnjima i okolinom	<ul style="list-style-type: none"> - podrška obitelji, no veliki dio bližnjih percipira oboljele kao lijene, umišljene 	<ul style="list-style-type: none"> - dio bližnjih u početnim fazama ne vjeruju da se radi o bolesti - bližnji kao najveća podrška - okolina puna predrasuda 	<ul style="list-style-type: none"> - obitelj jednako pati - učestali sukobi s bližnjima - osjećaj nerazumijevanja od strane okoline, predrasude okoline

Tablica 11 - nastavak

Najznačajniji nalazi fokusnih grupa za sve grupe oboljelih

	depresija	shizofrenija	PTSP
	- većina navodi izostanak podrške okoline, navodeći da ih percipiraju kao lijene		- nepovjerljivost prema okolini
Savjeti oboljelih za poboljšanje stanja	- potražiti stručnu pomoć - fizička aktivnost, kretanje (vrt, kućni ljubimci)	- prihvaćanje bolesti kao nužnost u liječenju - farmakoterapija kao primarni izbor (nužnost redovite primjene) - druženje s osobama sa sličnim iskustvima	- potražiti stručnu pomoć - fizička aktivnost (hobi) - druženje s osobama sa ratnim iskustvom, ali izbjegavanje ratne tematike

5. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi kako određene psihičke bolesti (depresiju, shizofreniju i PTSP) percipiraju oboljeli i članovi njihovih obitelji te u kojoj je mjeri ta njihova percepcija povezana s prilagodbom određenoj bolesti. U početku će se dobiveni rezultati raspraviti po pojedinim dijagnostičkim skupinama te kasnije u odnosu na razlike između oboljelih i članova obitelji.

5.1.1. Depresija

Prikazani rezultati ukazuju kako oboljeli od depresije svoju bolest definiraju kao kroničnu s naglaskom na fizičke simptome uz farmakoterapiju kao primarni tretman te fizičko kretanje kao iznimno važno u procesu oporavka. Naglašavaju kako je depresija bolest s ponavljajućim fazama koje osoba u početku teško prihvaća. Opis depresije kao kronične i ciklične ne iznenađuje kod ovoga uzorka obzirom na dužinu liječenja (prosječna duljina liječenja je oko 13 godina), no zanimljivo je kako O'Mahen i suradnici (2009.) ističu upravo kroničnost bolesti kao obilježje percepcije koje sugerira u značajnijoj mjeri i veću vjerojatnost traženja pomoći tj. adekvatnog tretmana.

Nadalje, oboljeli percipiraju mogućnost osobne kontrole i kontrole putem tretmana u manjoj mjeri nego oboljeli od shizofrenije, no u nešto većoj mjeri nego oboljeli od PTSP-a. Slične nalaze navode i Fortune i suradnici (2004.), pri tome ističu kako su oboljele žene koje depresiju percipiraju kao kroničnu bolest sklonije percipirati puno manju razinu osobne kontrole, ali i kontrole putem tretmana. Dio autora ističe također i negativnu korelaciju između percipiranih posljedica te mogućnosti kontrole (Cabassa i sur., 2008.).

Fortune i suradnici (2004.) naglašavaju kako uočena povezanost trenutne izraženosti simptoma i negativnih komponenti bolesti (dugotrajnija, ponavljajuća, nemogućnost kontrole, izraženost simptoma) sugerira kako trenutno raspoloženje utječe na model percepcije bolesti, no ne na način da ga mijenja u potpunosti. S obzirom na navedeno, izraženost simptoma provjerena je i u ovom istraživanju. Izraženija depresivna slika pokazala se vezana za percepciju manjeg broja simptoma, slabije mogućnosti kontrole putem tretmana te percepciju bolesti kao dugotrajnije. Baines i suradnici (2013.) u svome preglednom radu ukazuju na upravo suprotno kada je u pitanju percepcija simptoma, pri čemu naglašavaju povezanost višeg stupnja depresivnosti sa percepcijom većeg broja simptoma. Zanimljivo je da u ovom istraživanju unatoč tome što se kroz fokusne grupe s oboljelima dobije naglasak na fizičkim simptomima, isto ne dođe do izražaja na IPQ-R. Moguće je da nalazi dijelom proizlaze i iz dugotrajnosti

liječenja tj. mogućeg i hospitalizma kod dijela oboljelih od depresije koji su sudjelovali u ovom istraživanju. Naime, dio oboljelih na neki način pokušava prezentirati svoju kliničku sliku što specifičnijom, težom kako bi na neki način opravdali svoje konstantno bivanje u bolnici, a to je dijelom lakše kroz čestice na BDI-u nego kroz nabrojane simptome na IPQ-R.

Preostali nalazi, kada su u pitanju oboljeli od depresije, pokazuju se sličnima. Tako na primjer Baines i suradnici (2013.) iznose povezanost stupnja depresivnosti i percepcije osobne kontrole, pri čemu su oboljeli s izraženijom kliničkom slikom percipirali nižu mogućnost osobne kontrole. Jednaki nalaz dobije se i u ovom istraživanju. Dobiveno se dijelom može tumačiti kognitivnim modelom depresije po Becku (Hawton, Salkovskis, Kirk, Clark 2008.), koji naglašava kako kod depresije negativne misli (npr. bolest ne mogu kontrolirati) dodatno intenziviraju simptome čime se pojačava osjećaj bespomoćnosti, a time i kompletni začarani krug osoba je sve depresivnija i negativne misli sve izraženije.

Dobiveno ukazuje i kako su oboljeli od depresije puno više u emotivnom smislu pogođeni bolešću tj. bolest ih čini zabrinutima, tužnima, u strahu, u odnosu na oboljele od shizofrenije. Mogući razlog tomu je realniji uvid u vlastite tegobe i moguće posljedice u odnosu na oboljele od shizofrenije.

Kao i u većini drugih istraživanja (Vollmann, Scharloo, Salewski, Dienst, 2010.; Fortune i sur., 2004.; Brown i sur., 2001.), i u ovom istraživanju oboljeli od depresije navode stres kao najčešći mogući uzrok bolesti. Uz to najčešće navode obiteljske brige i probleme, probleme na poslu, osobine ličnosti te traume iz djetinjstva. Oboljeli od depresije definiraju svoju bolest kao puno težu u odnosu na druge psihičke bolesti, pri tome je zanimljivo da Vollmann i sur. (2010.) uspoređujući oboljele od depresije sa zdravom populacijom, zaključuju upravo suprotno. Grupa koja je obuhvaćala zdravu populaciju percipirala je depresiju kao bolest s puno težim posljedicama u odnosu na grupu oboljelih, no istovremeno je ista grupa na neki način podcijenila mjeru u kojoj depresija u emotivnom smislu pogađa oboljele. Moguće je da upravo iz toga razloga proizlaze nalazi fokusnih grupa u ovom istraživanju, gdje oboljeli naglašavaju da ih dio bližnjih ne doživljavaju kao bolesne već kao lijene, umišljene.

Spoznaja ovih razlika u percepciji mogla bi biti od velike pomoći upravo kod pristupa članovima obitelji oboljelih, kako bi im se pomoglo da što bolje razumiju na koji način bolest emotivno pogađa oboljelog. Međutim, unatoč nalazu fokusnih grupa, u ovom istraživanju se ne nalazi značajnih razlika u percepciji bolesti između oboljelih od depresije i članova njihovih obitelji. Jedan od mogućih razloga zašto se ne bilježi značajnih razlika u percepciji može biti i dugogodišnje liječenje oboljelih, tijekom kojega je i percepcija oboljelih i bližnjih postala slična. No, svakako jedan od mogućih razloga može biti i relativno mali broj sudionika zbog

kojeg razlike ne mogu doći do izražaja. Kada su u pitanju mogući uzroci bolesti, percepcije oboljelih i članova obitelji se gotovo u potpunosti slažu pri čemu se stres izdvaja kao najčešći mogući uzrok bolesti. No, jedina značajna razlika među oboljelima i članovima obitelji ističe se kod "osobina ličnosti" kao mogućeg uzroka bolesti. Pri tome su oboljeli od depresije skloniji definirati osobine ličnosti kao mogući uzrok u odnosu na njihove članove obitelji. Za pretpostaviti je da oboljeli kod sebe, tijekom vremena, uviđaju određene osobine koje ih možda čine osjetljivijima, ranjivijim u odnosu na opću populaciju i time i sklonijima razvoju depresije. Prema Begić (2011.), važnu ulogu u nastanku poremećaja imaju određene osobine ličnosti, kao na primjer pasivnost, povučенost, zatvorenost, nisko samopoštovanje. Također i druga istraživanja govore o povezanosti depresije s, na primjer, neuroticizmom (Chioqueta i Stiles, 2005.) ili niskom ekstraverzijom (Meyer, 2002.) kao osobinom ličnosti. U skladu s tim ne iznenađuje da oboljeli od depresije imaju slabije razvijene socijalne vještine, zbog čega teško ostvaruju odnose s drugima tj. odnosi s drugima su često praćeni odbijanjem i općenito manjkom razumijevanja te općenito slabijom podrškom, što dodatno podržava začarani depresivni krug (Vollmann i sur., 2010.).

5.1.2. Posttraumatski stresni poremećaj

Iz prikazanih rezultata uočava se da oboljeli od PTSP-a svoju bolest percipiraju kao dugotrajnu s puno većim brojem posljedica u odnosu na oboljele od depresije i shizofrenije. Naglasak stavljaju na fizičke simptome uz razdražljivost, preosjetljivost te moguće i crne misli. Naglašavaju kako je u početku bolesti izostalo prepoznavanje simptoma te većina navodi da je pomoć uslijedila tek nakon problema s okolinom. Rezultati ukazuju na značajnu negativnu povezanost između razine simptoma i trajanja bolesti. Naime, oboljeli koji iskazuju manji trenutni broj simptoma skloniji su doživljavati bolest trajnijom, što se doima na neki način nelogičnim. Međutim ovdje je važno napomenuti nekoliko činjenica koje bi mogle objasniti ovakav nalaz. Iako je ovdje riječ o manjem broju simptoma, treba reći da je minimalni rezultat na M-PTSD-u ovom istraživanju 112 što već spada u područje visoke vrijednosti i zapravo realno predstavlja visoki rezultat kada je u pitanju izraženost simptoma PTSP-a. Drugo, oboljeli su zbog proceduralnih razloga i ostvarivanja svojih prava niz puta testirani M-PTSD-om te su na neki način navikli naglasiti vlastite tegobe, iako one možda trenutno i nisu u tolikoj mjeri prisutne. Iz navedenih razloga bismo dobiveni nalaz tumačili na način da oboljeli od PTSP-a koji nisu skloniji prenaplašavanju vlastitih tegoba, bolest percipiraju kao dugotrajniju.

Rezultati ukazuju na najnižu percepciju osobne kontrole bolesti ili kontrole putem tretmana u odnosu na oboljele od depresije i shizofrenije. Oboljeli kao primarni tretman iznose psihoterapijske grupe s oboljelima koji su prošli slične probleme, što je dijelom uvjetovano i specifičnim terapijskim pristupom koji dominira u bolnici gdje se liječe. Naime, većini je dostupna isključivo psihodinamska psihoterapija, iako se na primjer kognitivno bihevioralna terapija u nizu istraživanja pokazala uspješnom u tretmanu PTSP-a (Hamblem, Schnurr, Rosenberg, Eftekhari, 2010.; Nacasch i sur., 2011.).

Uočava se i najveća emocionalna pogođenost bolesti u odnosu na oboljele od depresije i shizofrenije, pri čemu podaci dobiveni fokusnim grupama govore o dominantnom osjećaju odbačenosti, nepovjerljivosti te srama. Sheldrick, Tarriera, Berry i Kincey (2006.), iznose kako kod oboljelih od PTSP-a (populacija oboljelih od srčanog udara i moždanog krvarenja) s vremenom opada percepcija kontrole bolesti osobno i putem tretmana te se pojačava emocionalna pogođenost s bolesti. Navedeno sugerira kako je moguće da je i dio emocionalne pogođenosti bolešću i niska percepcije kontrole koja se dobije ovim istraživanjem odraz kroniciteta tj. duljine trajanja bolesti. Kao mogući uzrok, oboljeli navode rat i ratna zbivanja (što je i za očekivati obzirom na odabranu populaciju), u skladu s etiološkim teorijama PTSP-a koje podrazumijevaju postojanje traumatskog događaja koji prethodi razvoju poremećaja. Uz to ističu stres i zabrinutost kao moguće uzroke.

U ovom istraživanju uočava se značajna razlika u percepciji osobne kontrole i kontrole putem tretmana kada su u pitanju oboljeli od PTSP-a i članovi njihove obitelji. Pri tome oboljeli imaju puno manju percepciju kontrole bolesti u odnosu na članove obitelji. Također uočava se i bolja percepcija razumijevanja bolesti kada su u pitanju oboljeli od PTSP-a u odnosu na članove obitelji. Jedan od mogućih razloga je i činjenica da bližnji vrlo često svjedoče svakodnevnim, neugrožavajućim situacijama u kojima se vidi potreba za povlačenjem oboljelih, razdražljivost oboljelih koja doseže ponekad i razmjere eksplozivnih reakcija. Članovima obitelji ostaje nejasno što prethodi tome i na koji je način došlo do reakcije jer vrlo često sami oboljeli o tome odbijaju razgovarati sa svojim bližnjima želeći ih zaštititi od onoga što su proživjeli. Na taj način članovi obitelji ostaju na neki način u neznanju i tumače ponašanja oboljelog kao "on je čudan od rata", "s njim se ne da izaći na kraj". Kada su u pitanju uzroci bolesti jedina značajna razlika uočava se u genetici kao potencijalnom uzroku, gdje su članovi obitelji oboljelih od PTSP-a skloniji genetiku vidjeti kao uzrok bolesti. Sve navedeno je važan nalaz kada je u pitanju rad sa članovima obitelji, jer se jasno vidi nužnost dodatnih informacija od strane medicinskog osoblja koja bi pomogla članovima obitelji, na neki način rasvijetlila stvarne uzroke i posljedice bolesti. Oboljeli od PTSP-a smatraju da obitelj podjednako pati zbog

bolesti, navodeći učestale sukobe s članovima obitelji, što potvrđuje i podatak o čak jednoj trećini razvedenih u toj skupini. Širu okolinu doživljavaju kao punu predrasuda te se prema nepoznatima odnose s dosta nepovjerenja. Ovaj podatak je važan posebno kod terapijskog rada s oboljelima od PTSP-a gdje punu pozornost treba posvetiti uspostavi terapijskog odnosa-sigurnog okruženja.

5.1.3. Shizofrenija

Oboljeli od shizofrenije percipiraju puno veći broj simptoma u odnosu na oboljele od depresije i PTSP-a. Opisuju shizofreniju kao kroničnu bolest pri čemu se strah ističe kao najčešći simptom uz moguću iskrivljenu realnost. Početne faze bolesti opisuju kao zbunjujuće, buntovne, okarakterizirane odbijanjem liječenja, što je i za očekivati obzirom na kliničke slike koje često započinju specifičnim akutnim psihotičnim stanjima. Oboljeli farmakoterapiju navode kao primarnu terapiju te stavljaju naglasak na ustrajnost i dosljednost pri korištenju iste. Rezultati ukazuju da oboljeli percipiraju u puno većoj mjeri mogućnost osobne kontrole bolesti kao i mogućnost kontrole putem tretmana u odnosu na oboljele od depresije i PTSP-a. Iako druga istraživanja (Lobban i sur., 2004; Williams and Steer, 2011.) sugeriraju da percepcija bolje osobne kontrole i kontrole putem tretmana kod oboljelih od shizofrenije sugerira bolje razumijevanje bolesti te i bolji angažman kada je u pitanju liječenje, nameće se pitanje jesu li možda dobiveni rezultati dijelom odraz i slabijeg uvida u vlastito stanje od strane oboljelih, s obzirom da je slabiji uvid dio kliničke slike oboljelih. U tu svrhu je provjerena trenutna izraženost simptoma, no nije nađena povezanost izraženosti simptoma i percepcije bolesti kod oboljelih od shizofrenije. Zanimljivo je da dio istraživanja (Freeman i sur., 2013.) ukazuje na važnost percepcije dugotrajnosti bolesti i percepcije kontrole kada je u pitanju dosljedna angažiranost u kognitivno bihevioralnoj terapiji za psihoze. Naime, prema navedenim autorima, oboljeli koji bolest percipiraju dugotrajnijom češće se odlučuju redovno dolaziti na terapije, a kasnija ustrajnost u terapiji ovisi o percepciji kontrole nad bolešću.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju i na manju emocionalnu pogođenost bolesti kod oboljelih od shizofrenije u odnosu na oboljele od PTSP-a i depresije. Dobiveno se možda može tumačiti i emocionalnom zaravnjenosti kao jednim od mogućih simptoma kod oboljelih (Potvin, Lungu, Tikasz, Mendrek, 2017.), u smislu smanjenog opsega i intenziteta emocionalne ekspresije i modulacije osjećaja. Također, nameće se pitanje jesu li rezultati dijelom odraz i specifičnosti samog uzorka u odnosu na spol, gdje je vidljivo da uzorak čini tek 22% žena. Naime, istraživanja zadnjih nekoliko godina sugeriraju da muškarci češće obolijevaju od

shizofrenije. Pri tome se navodi niz mogućih razloga npr. upotreba kontraceptivnih sredstava kod žena koja sadrže estrogen koji u osnovi ima učinak blokiranja dopamina i time smanjuje mogućnost razvoja simptoma. Kod muškaraca se tumači mogućim češćim konzumacijama psihoaktivnih tvari koje mogu biti okidač u slučaju genetske predispozicije (Begić, 2011). Dio istraživanja govori i o vrsti simptoma pri čemu se kod muškaraca puno češće manifestiraju negativni simptomi (Li, Ma, Wang, G., Yang, i Wang, C., 2016.). Obzirom da u ovom istraživanju veći dio uzorka oboljelih od shizofrenije čine muškarci, značajnija prisutnost negativnih simptoma bi dijelom mogla pojasniti smanjenu emocionalnu pogođenost bolesti kod oboljelih.

Kada su u pitanju uzroci bolesti, dobiveni rezultati su u skladu s dosadašnjim istraživanjima (Bains i sur., 2013.) koja primarno ističu stres, traumatske događaje i kemijski disbalans kao moguće uzroke. Kao najčešći uzrok u ovom istraživanju, oboljeli od shizofrenije navode genetiku što je vjerojatno dijelom i odraz medicinskog modela bolesti za koji je pretpostaviti da prevladava kod oboljelih obzirom na prosječnu duljinu liječenja (15 godina). Uz genetiku navode stres i zabrinutost, što je u skladu s modelom dijateza-stres prema kojem osoba ima predispoziciju za razvoj bolesti te ju razvija u slučaju stresa. Postojanje dijateze (predispozicije za bolest) povećava mogućnost da ga osoba razvije, no ne jamči da će ga osoba i razviti, pri tome stres može biti bilo koji neugodni ili štetan okolinski podražaj, biološki i psihološki, (Davison i Neale, 1999.). Folnegović, Grošić (2016.) u svojoj dizertaciji, opisuje kako putem koncepta konstitucionalne dijateze, prema Robbinsu (1992.) ukoliko je netko predisponiran za razvoj shizofrenije okolina je ta koja će omogućiti razvoj bolesti. Pri tome navodi koncept majke koja ne odgovara djetetu, u smislu konstitucionalno zahtjevne i preosjetljive djece, s kojima majke ne mogu uspostaviti zadovoljavajući odnos ili pak majke koje su uspješne s takvom djecom pa djeca neće razviti bolest. Oboljeli od shizofrenije u ovom istraživanju također kao uzrok navode i karakter te emocionalno stanje oboljelog. Za pretpostaviti je da oboljeli kod sebe prepoznaju određene osobine ličnosti koje ih na neki način čine predisponiranim za razvoj shizofrenije, ali i tijekom bolesti dolaze do izražaja. Navođenje karaktera kao mogućeg uzroka bolesti ne čudi jer i niz istraživanja bavi se upravo definiranjem specifičnih osobina ličnosti kod oboljelih od shizofrenije i pokušava odgovoriti na nekoliko pitanja: koje su osobine povezane sa shizofrenijom, na koji način se te iste osobine razvijaju (nastaju li prije ili tokom oboljenja) i na koji način možda doprinose tijeku same bolesti. Tako na primjer, Berenbaum i Fujita (1994.) ističu kako oboljeli od shizofrenije postižu više rezultate na dimenziji introverzije i neuroticizma dok novija istraživanja (Jetha, Goldberg i Schmidt,

2013.) ukazuju na puno veću sramežljivost, inhibiranost, izbjegavanje rizičnih situacija te oslabljenu potrebu za traženjem novoga, oslabljenu samo-usmjerenost kod oboljelih. Jetha i sur. (2013.) upravo sramežljivost ističu kao potencijali medijator u razvoju socijalnog anksioznog poremećaja i općenito lošijeg socijalnog funkcioniranja te naglašavaju kako će oboljeli od shizofrenije kod kojih se opažaju i elementi socijalnog anksioznog poremećaja imati lošiju prognostičku sliku (lošija socijalna prilagodba, veći rizik od suicida te izraženija sklonost ka opojnim sredstvima). Zanimljivo je kako isti autori navode kako se sramežljivost pokazala kao stabilna crta ličnosti kod oboljelih od shizofrenije te kako je povezana sa aktivnostima u frontalnom režnju koje su specifične za osjetljivost u regulaciji stresa (vezanog za socijalne situacije) u nekliničkoj populaciji (Jetha, Schmidt, Goldberg, 2009).

Obzirom da su članovi obitelji najčešće i oni koji brinu o oboljelom od shizofrenije i koji su s njim najviše u kontaktu i time i najviše utječu na njega, neupitna je važnost i njihove percepcije. U ovom istraživanju opaža se puno bolje razumijevanje bolesti od strane članova obitelji nego oboljelih, što djelomično može proizlaziti i iz općenito oslabljenog uvida u bolest od strane oboljelih, ali i moguće potrebe članova obitelji da se dodatno informiraju, educiraju o bolesti kako bi pomogli oboljelom. U skladu s navedenim, u literaturi se nailazi na rezultate koji ukazuju kako članovi obitelji koji percipiraju bolje razumijevanje bolesti imaju i veći osjećaj kontrole i percepciju boljeg učinka tretmana (Lobban, Barrowclough, Jones, 2005b). No, nailazi se i na istraživanja koja ukazuju na povezanost razine faktora izražavanja emocija kod članova obitelji oboljelih od shizofrenije s percepcijom bolesti (Lobban, Barrowclough, Jones, 2006.). Ukazuju kako članovi obitelji s višim faktorom izražavanja emocija (oni koji su skloni stalnom kritiziranju pacijenta, hostilniji, skloni odbacivanju) imaju negativniju percepciju bolesti pri čemu se značajna razlika u odnosu na oboljele opaža u smislu percepcije većeg broja simptoma. Jednako tako Lobban i suradnici (2005.b) te Barrowclough i Lobban (2001.) bilježe povezanost između niske percepcije kontrole putem tretmana i sklonosti kritiziranju, u smislu da će članovi obitelji skloniji kritiziranju doprinijeti i smanjenoj percepciji kontrole bolesti kod oboljelih. Lobban i suradnici (2005.b) naglašavaju da će upravo kritiziranje kod bližnjih biti izraženije ako oni percipiraju da bolest ostavlja moguće negativne posljedice za njih same.

Kada su u pitanju mogući uzroci bolesti, oboljeli od shizofrenije u značajnijoj mjeri definiraju "previše rada" kao mogući uzrok, u odnosu na članove svoje obitelji. Navedeni uzrok vjerojatno se odnosi na činjenicu da oboljeli u sklopu kliničke slike zbog niza simptoma vrlo često imaju oslabljenu mogućnost zadržavanja pažnje, oslabljenu koncentraciju, narušenu sposobnost apstraktnog rezoniranja i radnog pamćenja što remeti obavljanje aktivnosti tj.

moгуćnost usmjeravanja na pojedine zadatke. U praktiĉnom smislu to se moţe oĉitovati, na primjer, oteţanim fokusiranjem na ĉitanje, procesuiranje i razumijevanje proĉitanog što ometa studenta u savladavanju gradiva, on se istovremeno moţe dodatno truditi kako bi savladao isto, a neuspjeh se vrlo ĉesto pripisuje prevelikoj opterećenosti (radu), a ne utjecaju mogućih simptoma (dezorganiziranosti, deluzija i sl.). TakoĊer, trţište rada u Hrvatskoj ne prepoznaje potrebe i moгуćnosti oboljelih od shizofrenije, ĉak i ukoliko oboljeli uvide vlastita ograniĉenja u funkcioniranju. Upravo iz tog razloga, ne iznenaĊuje ĉinjenica da je i većina oboljelih od shizofrenije i u ovom uzorku nezaposlena ili u mirovini. Oboljeli ĉesto zbog specifiĉnih simptoma nisu u moгуćnosti raditi puno radno vrijeme, takoĊer izostaje i sustav procjene i podrške koji bi definirao objektivne moгуćnosti oboljelog i pomogao mu pri zapošljavanju. Zbog toga većina vrlo brzo odustaje od rada i odlazi u mirovinu bez moгуćnosti povremenog rada ili radne rehabilitacije. Štrkalj- Ivezić i sur., (2011.) kao autori smjernica za zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihiĉkih poremećaja, naglašavaju kako osoba, iako psihiĉki bolesna, ne mora biti i radno nesposobna ako je društvo spremno omogućiti uvjete za kompenzaciju njezinih ograniĉenja.

Oboljeli svoje ĉlanove obitelji doţivljavaju kao osobe pune podrške, iako dio njih naglašava kako na poĉetku i dio ĉlanova obitelji nije vjerovao da se radi o bolesti. Kada je u pitanju šira okolina, pacijenti se ţale na niz predrasuda. Isto potvrĊuju i neka istraţivanja (Schulze and Angermeyer, 2003.), navodeći da oboljeli od shizofrenije uoĉavaju niz predrasuda kako od okoline, tako i od razliĉitih institucija, ali i medija. Pri tome navode sklonost okoline da ih ignorira i doţivljava kao lude, neodgovorne, opasne i nasilne. Oboljeli od shizofrenije posebno navode kako u sluĉaju somatskih tegoba ĉak i u institucijama koje brinu o mentalnom zdravlju znaju biti neshvaćeni, tj. njihove tegobe se ne smatraju ozbiljno.

5.2. Povezanost emotivne prilagoĊenosti bolesti s kognitivnim shemama oboljelih i kognitivnim shemama ĉlanova njihove obitelji

Zadnji cilj ovog istraţivanja bio je provjeriti povezanost emotivne prilagoĊenosti bolesti s kognitivnim shemama oboljelih i kognitivnim shemama ĉlanova njihove obitelji. Kroniĉne bolesti općenito sa sobom nose niz neugodnih emocija, a naĉin na koji se oboljeli ili ĉlanovi obitelji nose s njima utjeĉe i na samu prilagodbu na bolest.

Kada su u pitanju oboljeli, kao dobar prediktor emocionalne prilagođenosti bolesti pokazala se percepcija posljedica, kontrole putem tretmana, te razumijevanja bolesti čime je objašnjeno 41% ukupne varijance. Oboljeli koji su imali višu percepciju kontrole putem tretmana te bolje razumijevanje bolesti pokazali su se i emotivno manje pogođeni bolešću, dok su se oboljeli koji su percipirali veći broj posljedica, pokazali u značajnijoj mjeri emotivno pogođeni bolešću. Naravno, postavlja se pitanje je li emotivna pogođenost bolešću na neki način uvjetovana i općenito načinom na koji netko regulira vlastite emocije. U slučaju kroničnih somatskih bolesti najčešće se kao stil regulacije emocija spominju izbjegavanje, potiskivanje tj. općenito ne iskazivanje emocija (Ridder, Geenen, Kuijer, Van Middendorp, 2008.). No, pregledni rad Riddera i sur. (2008.) ukazuje kako transverzalna istraživanja ne ukazuju da stil regulacije emocija utječe na prilagodbu kroničnim stanjima. Autori naglašavaju kako je jednako tako moguće da emocije nastale zbog kronične bolesti utječu na do tada dominantni stil regulacije emocija. Iako se navedeni nalazi odnose na somatska kronična stanja, nameće se pretpostavka da je nemoguće definirati i kod uzorka u ovom istraživanju utječe li na emocionalnu prilagodbu bolesti već unaprijed postojeći stil regulacije emocija ili je dominantan utjecaj emocija koje nastaju kao posljedica same bolesti. Također, obzirom da se dijagnostičke kategorije u osnovi razlikuju i po načinu na koji doživljavaju i iskazuju emocije u daljnjim istraživanjima bi bilo bolje rezultate promatrati na većem uzorku fokusirajući se isključivo na jednu dijagnostičku skupinu.

Dok se u ovom istraživanju kod oboljelih percepcija većeg broja posljedica pokazala kao prediktor lošije emocionalne prilagodbe na bolest, u istraživanju Lobbana i suradnika (2004.) percepcija većeg broja negativnih posljedica pokazala se kao najznačajniji prediktor lošeg ishoda bolesti i u longitudinalnim i u transverzalnim istraživanjima. Navedeni nalazi sugeriraju nužnost što bolje informiranosti pacijenta o karakteristikama bolesti od strane medicinskog osoblja kako bi se na neki način prevenirala isključivo percepcija velikog broja negativnih posljedica. Na taj način pomoglo bi se pacijentu sagledati bolest na realističniji način s optimističnim stavom koji bi pomogao u boljoj emocionalnoj prilagodbi.

Kod članova obitelji se kao jedini prediktor emocionalne prilagođenosti izdvojilo trajanje bolesti. Članovi obitelji koji percipiraju bolest kao dugotrajniju, bit će više emocionalno pogođeni bolešću. Slični nalazi vidljivi su i u drugim istraživanjima (Barrowclough i sur., 2001. i Lobban i sur., 2005.), koja ukazuju da su članovi obitelji skloniji gledati na bolest kao kroničnu, cikličnu s puno negativnih posljedica uz slabiju emocionalnu prilagođenost bolesti u odnosu na oboljele. Zanimljivo je da se u ovom istraživanju uočava upravo suprotno kada je u pitanju emocionalna pogođenost bolešću, svi oboljeli sudionici su u značajnijoj mjeri

emocionalno više pogođeni bolešću u odnosu na svoje članove obitelji. No, tu treba napomenuti i moguću pristranost uzorka članova obitelji obzirom da su sudjelovali oni koji najviše brinu o oboljelom (koji ga posjećuju u bolnici, provode najviše vremena s njim) po čemu možemo zaključiti da se općenito i bolje nose s bolešću. U budućnosti se obzirom na različitost dijagnoza preferira dobivene razlike gledati kroz prizmu pojedine dijagnostičke skupine.

Diminić-Lisica i Rončeta -Gržeta (2010.) naglašavaju kako općenito svaka obitelj u situaciji ozbiljne bolesti jednog člana reagira strahom i pojačava međuovisnost članova. Pri tome ističu kako će se obiteljski odnosi odražavati upravo kroz emocionalne reakcije u rješavanju problema (što može podrazumijevati sukobe, podršku i sl.). Nalazi ovog istraživanja sugeriraju važnost edukacije članova obitelji. Bolje poznavanje bolesti, a ne njeno percipiranje kao isključivo kronične i dugoročne, može dovesti do bolje emocionalne prilagodbe člana obitelji što mu može omogućiti bolje kapacitete u podršci oboljelome. Na tragu toga i dio istraživanja ističe kako su liječenja kroničnih bolesti koja uključuju obitelj uspješnija (bolji rezultati i ekonomičniji pristup) u odnosu na liječenja usmjerena isključivo na pojedinca (Fisher, Weihs, 2000.).

5.3. Moguće kliničke implikacije istraživanja

Proučavanje razlika u percepciji različitih psihičkih bolesti bitan je korak ka razumijevanju razvoja stavova, uvjerenja i reakcija kako oboljelih prema samima sebi, tako i prema stručnjacima s kojima surađuju u procesu oporavka i liječenja (medicinskom osoblju, psiholozima, socijalnim radnicima, radni terapeutima), ali i članova obitelji u odnosu prema oboljelima i njihovoj spremnosti da im pomognu. Dobiveni podaci o shemama koju pojedinac ima vezano za bolest, uvelike bi mogli koristiti pomagačkim strukama u načinu na koji da se postave u samom terapijskom procesu, kako prema oboljelom tako i prema bližnjima koji brinu o bolesniku. Uz pomoć poznavanja navedenih shema moglo bi se predvidjeti do koje je mjere osoba oboljela od psihičke bolesti spremna surađivati i na koji način bi joj mogli pomoći da prihvati i sagleda poteškoće s kojima se suočava.

S obzirom na dugotrajnost psihičkih bolesti kojima se bavi ovo istraživanje (depresija, PTSP, shizofrenija), u budućnosti bi se trebalo usmjeriti na longitudinalna istraživanja koja obuhvaćaju pojedinca i praćenje njegova doživljaja bolesti i to dinamičkim tijekom bolesti. Navedeno bi pomoglo u rasvjetljavanju načina pristupa oboljelima i članovima njihovih obitelji, ovisno o vremenskom tijeku bolesti (npr. percepcija majke kojoj dijete ima tek prvu psihotičnu epizodu i majke čije dijete se već godinama liječi od shizofrenije sigurno nije ista,

te zahtjeva i različiti pristup). Upravo Möller-Leimkühler (2005.) u zaključku svoga istraživanja navodi kako je prva hospitalizacija ključna vremenska točka, kada je najveća potreba za praktičnim informacijama i za podrškom bližnjima. Autorica naglašava kako je u tom trenu, za članove obitelji ključna kombinacija psihoedukacije i treninga usmjerenog na suočavanje te ističe kako je navedeno puno učinkovitije tada nego u kasnijim fazama tijeka bolesti.

Liječnici opće prakse i psihijatri koji su najviše u kontaktu s oboljelima i njihovim obiteljima, nažalost, istovremeno su preopterećeni brojem oboljelih. Iz tog razlog se ne stignu u dovoljnoj mjeri posvetiti članovima obitelji koji se u suočavanju s bolesti susreću s ljutnjom, krivnjom, tugom i strahom. Ovo istraživanje nudi djelomični uvid u percepciju bolesti članova obitelji te time daje i mogućnost planiranja mogućih grupa podrške za članove obitelji.

Također, poznavanje kognitivnih shema bitno je i pri planiranju psihoedukativnih programa koji često obuhvaćaju i oboljele i članove njihovih obitelji. Obzirom da percepcija bolesti utječe na emotivne i ponašajne obrasce, adekvatnim programom bi se moglo djelovati na promjenu percepcije tj. bazičnog vjerovanja o bolesti i time doprinijeti emocionalnim i ponašajnim obrascima u smislu bolje suradnje, a time i bolje rehabilitacije oboljelog. Poznavanjem shema moguće je same programe učiniti što bližima i time što korisnijima oboljelima i njihovim obiteljima. Na primjer, kod oboljelih od depresije uočena je tendencija percepcije depresije kao kronične, cikličke s negativnim posljedicama uz manju percepciju kontrole u odnosu na oboljele od shizofrenije. Na temelju tih nalaza, psihoedukacija se može bazirati na složene uzroke depresije, definirajući depresiju kao ozbiljnu bolest koja se može tretirati i s čijim simptomima se s vremenom može lakše živjeti. Uz to se naglasak može staviti i na prepoznavanju ranih simptoma te različitih načina suočavanja.

5.4. Ograničenja istraživanja

Provedeno istraživanje ima i neka ograničenja koja je važno napomenuti. Odabrani uzorak je pristran obzirom da je obuhvatio isključivo oboljele koji su boravili u Psihijatrijskoj bolnici „Sv. Ivan“ u Zagrebu. Od kontaktiranih oboljelih veliki broj nije pristao sudjelovati u istraživanju, dio njih zbog izraženosti simptoma u tom trenutku (osjećali su se preumorni, nisu se mogli fokusirati na pitanja), dio jer im se bližio otpust iz bolnice, a dio jer je smatrao da nagrada koja je bila predviđena za sudjelovanje u istraživanju nije bila dovoljna u odnosu na angažman koji se zahtijevao od njih. Moguće je da bi financijski poticaj bio bolja motivacija za dio oboljelih, no obzirom da to nije inače običaj za istraživanja koja se provode u bolnici postoji

moгуćnost da bi sudionici pokušali podilaziti psihologinji i davati odgovore u skladu s onim što smatraju očekivanim.

Važno je napomenuti da su oboljeli birani na osnovu dijagnoze koju im je postavio psihijatar, što znači da je niz različitih profesionalaca postavljao dijagnoze. Iako su dijagnoze postavljene na temelju službene klasifikacije, postoji mogućnost osobnih razlika, posebno kada su u pitanju dualne dijagnoze koje su mogle utjecati i na rezultate istraživanja. Svakako, jedan od nedostataka je i mali broj sudionika u pojedinoj dijagnostičkoj skupini.

Dio sudionika oboljelih od shizofrenije kao problem naveo dužinu trajanja upitnika, što je za očekivati obzirom na poteškoće s koncentracijom koje prate kliničku sliku. Dio autora naglašava kako je prikladnije korištenje upitnika IPQS (Illness Perception Questionnaire for Schizophrenia) koji je prilagođen oboljelima od shizofrenije (Lobban i sur., 2005.a), no njegovo korištenje nam ne bi omogućilo planirane usporedbe.

Kontekst same ustanove je na neki način većim dijelom utjecao na istraživanje. Na primjer, za vrijeme cijelog boravka u bolnici niti jedna osoba oboljela od PTSP-a nije imala posjetu, tako da su upitnici za članove obitelji dostavljeni preko oboljelih. Jednako tako, vrlo mali broj oboljelih od depresije je imao posjete članova obitelji za vrijeme hospitalizacije te su također upitnici za članove obitelji dostavljeni preko oboljelih. Upravo je to jednim dijelom i razlog zašto se dio fokusnih grupa s članovima obitelji nije mogao održati. Dio članova obitelji oboljelih od PTSP-a je kao razloge navodio nemogućnost dolaska do bolnice na samo dva sata jer žive u različitim krajevima Hrvatske. Većina članova obitelji svih oboljelih navodila je nedostatak vremena ili socioekonomsku situaciju radi koje im je otežan put do bolnice. Na primjer, od pozvanih 12-15 članova obitelji po fokusnoj grupi, odazvalo se jedino troje članova obitelji oboljelih od shizofrenije. U budućnosti bi kod pripreme istraživanja trebalo planirati novčanu nagradu za članove obitelji, s obzirom da se od njih očekuje da u svoje slobodno vrijeme doputuju do bolnice i tu provedu barem dva sata.

Kod provođenja fokusnih grupa s oboljelima glavni nedostatak je činjenica da su održavane u istim prostorima gdje oboljeli imaju inače svoje terapijske grupe. Oboljeli su se teško odvajali od forme analitičke grupe pa je dio vremena predviđen za fokusne grupe bio svojevrsna prilagodba na novi način razgovora u grupi. Također, iz tehničkih razloga i kvalitativni i kvantitativni dio istraživanja je proveden popodne (u prijedopodnevrim satima je obavezni dio programa za oboljele), što je moglo utjecati na rezultate. U fokusnim grupama su bili oboljeli s istog odjela, što je jednim dijelom bila prednost jer se poznaju pa su se lakše povjeravali u grupi, no kao nedostatak su se uočili slični stavovi, što je moguće odraz zajedničkog boravka na odjelu i druženja.

Daljnja istraživanja trebala bi svakako detaljnije zahvatiti pojedine dijagnostičke skupine i njihove specifičnosti. Pri tome bi bilo dobro uzeti u obzir uzorak u kojem oboljeli nisu u tretmanu duže od pet godina jer se pretpostavlja, da oboljeli koji su dio zdravstvenog sustava vezanog za mentalno zdravlje duže od pet godina, daju vrlo slične odgovore koji su u značajnoj mjeri pod utjecajem medicinskog modela. Također longitudinalni nacrti bi rasvijetlili proces razvoja percepcije bolesti kod pojedinih dijagnostičkih skupina, jer percepcija se razlikuje od trenutka saznavanja da se radi o bolesti pa sve do trenutka saznavanja da će ta bolest imati kronični tijek. Bilo bi interesantno u longitudinalnim nacrtima popratiti i članove obitelji koji jednako tako uz oboljelog prolaze kroz svoj proces promjene percepcije bolesti. Obzirom na direktnu uključenost zdravstvenog osoblja u proces percepcije bolesti kod oboljelih bilo bi važno provjeriti i na koji način educirani profesionalci percipiraju pojedinu bolest. Moguće razlike u percepciji kod svih uključenih u proces liječenja (psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, medicinske sestre) mogle bi doprinijeti poboljšanju edukacije stručnjaka i time pomoći u procesu percepcije bolesti kod oboljelih.

5.5. Preporuke za buduća istraživanja s psihički oboljelima

U slučaju provođenja kvalitativnog istraživanja s psihički oboljelima, tipa intervju ili fokusnih grupa, od iznimne je koristi da oboljeli poznaju istraživača (unatoč metodološkom riziku koji proizlazi iz toga), ali i da istraživač ima znanja i iskustva vezana za specifične psihičke tegobe. Naime, psihički oboljeli, bez obzira na dijagnozu, predstavljaju vrlo osjetljivu populaciju te zbog straha od predrasuda s oprezom pristupaju nepoznatima.

Prilikom provođenja samog istraživanja potrebno je biti iznimno fleksibilan u odnosu na zahtjeve oboljelih, s obzirom da dio njih zbog svojih simptoma neće biti u stanju pratiti postupak provedbe istraživanja kako je primarno zamišljen. Prije svega, treba poštivati i tolerirati nenadane izjave, odluke i postupke oboljelih koji su mogući pri radu. Zbog toga je potrebno planirati širi vremenski okvir provedbe istraživanja i biti spreman na dulje trajanje prikupljanja podataka.

Naglasila bih da se kvalitativni dio istraživanja pokazao iznimno korisnim i da je na specifičan i dragocjen način nadopunio podatke dobivene kvantitativnom metodom. Smatram da bi kvantitativne metode u budućnosti trebale biti osnova u nacrtima za istraživanje psihički oboljelih. Također, ovaj način prikupljanja podataka osobno mi je ukazao na kognitivne sheme psihologa koje su unatoč iskustvu i stručnom znanju povremeno obojane osobnim stavovima.

Upravo to iskustvo ukazuje na potrebu i važnost edukacije o mentalnim shemama kod profesionalaca koji brinu o mentalnom zdravlju.

5.6. Preporuke za kliničku praksu

Nalazi provedenog istraživanja sugeriraju neke smjernice koje bi bilo poželjno uključiti u tretman osoba oboljelih od depresije, shizofrenije i PTSP-a:

- U radu s oboljelima od depresije važno je staviti naglasak na psihoterapijske tretmane koji su se pokazali učinkovitijima (npr. kognitivno bihevioralna terapija), a ne se rukovoditi terapijskom orijentacijom stručnjaka koji su u ustanovi zaposleni. Kod oboljelih od depresije se stalnim hospitalizacijama i bivanjima u grupama u kojima se ne radi na konkretnoj proradi problema dodatno potiče osjećaj bespomoćnosti i percepcija nemogućnosti kontrole nad bolesti. Time se na neki način doprinosi produbljivanju tegoba te se ne potiče oboljeloga na aktivno suočavanje. Oboljeli bira biti sve više pasivan tj. neaktivan i na radnom i socijalnom planu.
- Pri radu s oboljelima od shizofrenije potrebno je primarno naglasak staviti na psihoedukaciju, kako oboljelog tako i člana obitelji. Potrebno je omogućiti oboljelima i članovima obitelji da čuju slična iskustva onih koji već duže vrijeme žive s bolesti. Pri tome naglasak treba staviti na jačanje percepcije kontrole i osobno (praćenjem simptoma i pravovremenim traženjem pomoći) i putem tretmana (redovito uzimanje terapije), jer se time očekuje i bolja suradnja te općenito bolja efikasnost tretmana. Pri radu s članovima obitelji posebno treba posvetiti vrijeme činjenici da je bolest dugotrajna, s obzirom da će upravo percepcija dugotrajnosti biti značajna u emocionalnoj prilagodbi na bolest, što značajno utječe i na samu podršku oboljelome. Također, kod planiranja određenih terapijskih postupaka treba imati u vidu da se radi o mlađoj populaciji.
- Pri radu s oboljelima od posttraumatskog stresnog poremećaja važno je veći naglasak staviti na proradu emocionalnih stanja koja dolaze s trajanjem bolesti, s obzirom da s vremenom oboljeli imaju sve manju percepciju kontrole nad bolešću. Kako se sram, osjećaj odbačenosti od društva ističu kao dominantni, terapijski procesi trebali bi uključivati radno terapijske akcije, društveno korisne, moguće i humanitarnog karaktera, koje bi doprinijele boljoj integraciji oboljelih u društvo i koje bi na neki način doprinijele proradi navedenih emocija. Pri formiranju terapijskih grupa i planiranju

terapijskih programa važno je staviti naglasak i na rad s članovima obitelji, s obzirom da većina oboljelih ima narušene odnose s bližnjima. Obzirom da je kod oboljelih naglašena potreba za pažnjom te da se nepovjerljivost ističe kao jedna od dominantnih osobina, iznimno je važno biti dosljedan i strpljivo graditi odnos s oboljelima.

6. Zaključak

Provedeno istraživanje ispitalo je kako određene psihičke bolesti (depresiju, shizofreniju i posttraumatski stresni poremećaj) percipiraju sami oboljeli i članovi njihovih obitelji te u kojoj mjeri je ta njihova percepcija povezana s prilagodbom određenoj bolesti.

Rezultati su pokazali kako oboljeli od depresije i PTSP-a podjednako ističu i fizičke i psihičke simptome bolesti te naglašavaju kako je potreban neki vanjski uzrok kako bi se razvila bolest, dok se oboljeli od shizofrenije primarno fokusiraju na iskrivljenu realnost i strah kao ključne simptome. Sve tri skupine oboljelih svoju bolest doživljavaju kroničnom te na sličan način opisuju proces prihvatanja bolesti navodeći farmakoterapiju i potrebu za stručnom pomoći pri liječenju uz obitelj i bližnje kao podršku. Ovime je djelomično potvrđena prva hipoteza.

Kada govorimo o razlikama kognitivnih shema među oboljelima, uočava se statistički značajna razlika između oboljelih od shizofrenije i oboljelih od PTSP-a. Oboljeli od shizofrenije percipiraju statistički značajno veći broj simptoma te u odnosu na oboljele od depresije i PTSP-a veću mogućnost kontrole putem tretmana i osobno što dijelom potvrđuje drugu hipotezu. Oboljeli od PTSP-a, u odnosu na druge dvije skupine, statistički značajno percipiraju bolest kao dugotrajniju s većim brojem posljedica te percipiraju manju mogućnost kontrole osobno i putem tretmana (što se razlikuje u odnosu na očekivanja prema drugoj hipotezi). Oboljeli od depresije i PTSP-a značajno su snažnije emocionalno pogođeni bolešću. Kod mogućih uzroka bolesti oboljeli od PTSP-a češće izdvajaju nesreću ili ozljedu kao mogući uzrok svoje bolesti, dok oboljeli od shizofrenije statistički značajno češće navode genetiku, ponašanje oboljelog, obiteljske brige i probleme te previše rada kao mogući uzrok bolesti. Uočava se i statistički značajna razlika između oboljelih od depresije i oboljelih od PTSP-a, pri čemu su oboljeli od depresije skloniji obiteljske brige i probleme, genetiku, previše rada te osobine ličnosti percipirati kao moguće uzroke svoje bolesti. Također, oboljeli od depresije statistički značajno češće percipiraju emocionalno stanje kao mogući uzrok svoje bolesti u odnosu na oboljele od shizofrenije.

Gledajući razlike u percepciji psihičke bolesti između oboljelih od pojedine bolesti i članova njihove obitelji, provedeno istraživanje nije potvrdilo treću hipotezu kada su u pitanju oboljeli od shizofrenije i depresije. Naime, kod oboljelih od shizofrenije nije nađena razlika u odnosu na članove obitelji kada je u pitanju naglašavanje simptoma i dugotrajnost bolesti. Dok se kod oboljelih od depresije nije potvrdila razlika u odnosu na članove obitelji kada je u pitanju razumijevanje bolesti i dugotrajnost bolesti. Općenito, pokazalo se kako su članovi obitelji

skloni percipirati statistički značajno puno veći broj posljedica u odnosu na oboljele, no u manjoj su mjeri emocionalno pogođeni bolešću. Oboljeli od PTSP-a percipiraju manju osobnu kontrolu te manju kontrolu putem tretmana u odnosu na njihove članove obitelji, no istovremeno oboljeli imaju puno bolje razumijevanje bolesti u odnosu na članove obitelji (čime je djelomično potvrđena treća hipoteza). Bilježi se statistički značajna razlika između oboljelih od shizofrenije i članova njihove obitelji pri čemu članovi obitelji oboljelih od shizofrenije puno bolje razumiju bolest u odnosu na oboljele.

Četvrtom hipotezom pretpostavilo se da će članovi obitelji i oboljeli koji imaju višu percepciju kontrole nad bolešću (osobno i putem tretmana) i koji pokazuju bolje razumijevanje bolesti biti bolje emotivno prilagođeni. Dobiveni rezultati potvrdili su hipotezu djelomično. Kod oboljelih je utvrđeno kako je veća percepcija kontrole putem tretmana i bolje razumijevanje bolesti povezano s boljom emocionalnom prilagođenosti oboljelih, no, što je veća percepcija posljedica bolesti, to je i lošija emocionalna prilagođenost. Kod članova obitelji se jedino trajanje bolesti pokazalo značajnim u predviđaju emocionalne prilagođenosti: percepcija bolesti kao kronične, dugotrajnije pokazala se povezana s lošijom emocionalnom prilagodbom.

Navedeni rezultati dobar su okvir za planiranje psihoedukacija te grupa podrške i za oboljele i za članove obitelji i svakako su dobar pokazatelj smjera daljnjih istraživanja. U budućnosti bi trebalo dublje zahvatiti pojedine dijagnostičke skupine i njihove specifičnosti te longitudinalnim nacrtima pratiti proces razvoja percepcije bolesti kod pojedinca obuhvaćajući sam trenutak u kojemu oboljeli saznaje za dijagnozu sve do razdoblja kada se bolest definira kao kronična.

7. Literatura

- Aggarwal, N. R. (2012.). Attitudes of students towards people with mental ill health and impact on learning and well-being. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 12(1), 37.-44.
- Aggarwal, N. (2008.). The stigma attached to OCD: can it be more damaging than the illness itself?. *OCD-UK Bulletin: Compulsive Reading*, 15, 3.-4.
- Ajduković, D. (2013.). *Provjera biopsihosocijalnog modela u bihevioralnim pristupima šćernojoj bolesti*. Doktorska disertacija. Zagreb, Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006.). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163.-179.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009.). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 658.-665.
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013.). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilizing the self-regulation model. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(3), 263.-274.
- Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C., & Quinn, J. (2001.). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 371.-385.
- Begić, D. (2011). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
- Berenbaum, H., & Fujita, F. (1994.). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 148.
- Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S., & Thase, M. E. (2001.). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice*, 18(3), 314.-320.
- Bunjevaca, T., & Kuterovac-Jagodić, G. (1995.). The questionnaire on traumatic combat and war experiences: psychometric properties and its relationship to PTSD symptoms. *Proceedings of the 12th Days of Ramiro Bujas. Department of Psychology, Zagreb, Croatia*, 35.

- Cabassa, L. J., Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M., Hansen, M. C., & Xie, B. (2008.). Measuring Latinos' perceptions of depression: A confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(4), 377.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005.). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and individual differences, 38*(6), 1283.-1291.
- Connor, M. & Norman, P. (1995.). The role of social cognition in health behaviors. In M. Connor & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 1.-23). Buckingham, PA: OUP.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry, 177*(1), 4.-7.
- Davison, G. C., Neale, J. M., Krizmanić, M., & Arambašić, L. (1999.). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Diminić-Lisica, I., & Rončević-Gržeta, I. (2010.). Family and chronic illness. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis, 46*(3), 300.-308.
- Engel, G. L. (1977.). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129.-136.
- Fife, B. L. (1994.). The conceptualization of meaning in illness. *Social Science & Medicine, 38*(2), 309.-316.
- Fisher, L., & Weihs, K. L. (2000.). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease?. *Journal of Family Practice, 49*(6), 561.-561.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000.). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology, 9*(1), 11.-19.
- Folnegović Grošić, P. (2016.). *Objektivnost terapijskog odgovora u liječenju prve epizode shizofrenih bolesnika novim antipsihoticima*, Doktorska dizertacija, Sveučilište u Zagrebu.
- Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004.). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(4), 347.-364.
- Freeman, D., Dunn, G., Garety, P., Weinman, J., Kuipers, E., Fowler, D., ... & Bebbington, P. (2013.). Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychological medicine, 43*(2), 269.-277.

- Glavaš, I. (2016.). „Da ti se sada mogu ispuniti tri želje, koje bi želje zaželio?“Ispitivanje želja kronično bolesne djece i adolescenata.
- Gregurek, R. (2006.). Suradna i konzultativna psihijatrija. *Školska knjiga, Zagreb*.
- Hamblen, J. L., Schnurr, P. P., Rosenberg, A., & Eftekhari, A. (2010.). Overview of psychotherapy for PTSD. *National center for PTSD [Internet]*.
- Havelka, M. (2002.). Zdravstvena psihologija, *Jastrebarsko, Naklada Slap*.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (2008.). Kognitivno bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme. *Jastrebarsko: Naklada Slap*.
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2001.). Socijalna psihologija. *Jastrebarsko: Naklada Slap. Preuzeto, 15*.
- Ionta, J. R., & Scherman, C. D. (2007.). An Examination of College Students' Perceptions of People Diagnosed with Mental Illness. *College of St. Elizabeth Journal of the Behavioral Sciences, 1*.
- Jakšić, N., Ivezić, E., Jokić-Begić, N., Surányi, Z., & Stojanović-Špehar, S. (2013). Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian primary health care. *Journal of clinical psychology in medical settings, 20(3)*, 311.-322.
- Javorić H, Petriček, G., Plešić V., Vrcić-Keglević, M. (2010.). Procjena bolesnikovog doživljaja šećerne bolesti primjenom IPQ-B upitnika. *Zbornik XVII. Kongres obiteljske medicine „Liječnik kao lijek“, Zadar, Hrvatska udružba obiteljske medicine; 49. -61*.
- Jetha, M. K., Goldberg, J. O., & Schmidt, L. A. (2013.). Temperament and its relation to social functioning in schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry, 59(3)*, 254.-263.
- Jetha, M. K., Schmidt, L. A., & Goldberg, J. O. (2009.). Resting frontal EEG asymmetry and shyness and sociability in schizophrenia: a pilot study of community-based outpatients. *International Journal of Neuroscience, 119(6)*, 847.-856.
- Jokić-Begić, N., Kamenov, Ž., & Lauri Korajlija, A. (2005.). Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija, 33(1)*, 10. -19.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987.). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 13(2)*, 261.

- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988.). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85.
- Keib, C. N., Reynolds, N. R., & Ahijevych, K. L. (2010.). Poor use of cardiac rehabilitation among older adults: A self-regulatory model for tailored interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(6), 504. -511.
- Komar, Z., & Vukušić, H. (1999., January). Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans: Prevalence and psycho-social characteristics. In *New insights in post-traumatic stress disorder (PTSD)*.
- Kušević, Z., Vukušić, H., Lerotić, G., Jokić-Begić, N., & Bencarić, Z. (1999). Prevalence of chronic posttraumatic stress disorder in Croatian war veterans. *Psychiatria Danubina*, 11(1-2), 19.-24.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984.). Stress, appraisal, and coping SpringerPublishing Company.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Purse, J. (1984.). *Illness representations and coping with health threats*.
- Li, R., Ma, X., Wang, G., Yang, J., & Wang, C. (2016). Why sex differences in schizophrenia? *Journal of Translational Neuroscience*, 1(1), 37.-42.
- Lobban, F., & Barrowclough, C. (2005.). Common sense representations of schizophrenia in patients and their relatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 134.-141.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2004.). The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34(7), 1165.-1176.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005.). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 147.-162.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: Relatives' version. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 163.-179.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2006.). Does Expressed Emotion need to be understood within a more systemic framework?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 50. -55.

- Marshall, A., Bell, J. M., & Moules, N. J. (2010.). Beliefs, suffering, and healing: A clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 197.-208.
- Meyer, T. D. (2002). The Hypomanic Personality Scale, the Big Five, and their relationship to depression and mania. *Personality and Individual Differences*, 32(4), 649.-660.
- Mimica, N., & Folnegović-Šmalc, V. (2006). Epidemiology of schizophrenia. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 12(62/63), 74.-75.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005.). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(4), 223.-231.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002.). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1.-16.
- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., Polliack, M. & Zohar, J. (2011.). Prolonged exposure therapy for combat-and terror-related posttraumatic stress disorder: a randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1174.
- O'Mahen, H. A., Flynn, H. A., Chermack, S., & Marcus, S. (2009). Illness perceptions associated with perinatal depression treatment use. *Archives of women's mental health*, 12(6), 447.
- Petriček, G., Vrcić-Keglević, M., Vuletić, G., Cerovečki, V., Ožvačić, Z., & Murgić, L. (2009). Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study. *Croatian medical journal*, 50(6), 583.-593.
- Petriček, G. (2012). *Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika [The experience of the diabetes mellitus type 2 patients and myocardial infarction patients in the general practitioner everyday working context]* (Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu).
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006.). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536.-539.
- Pokrajac-Bulian, A., Kukić, M. (2017.). *Vjerovanje o bolesti, tjeskoba zbog srčanih problema, simptomi depresivnosti i anksioznosti u oboljelih od kardiovaskularnih bolesti*. 23. Dani Ramira i Zorana Bujasa, Knjiga sažetaka/ Arambašić, L., Erceg, I., Kamenov, Ž. (ur.). Zagreb, Filozofski fakultet Zagreb i Medicinska naklada.

- Potvin, S., Lungu, O., Tikász, A., & Mendrek, A. (2017.). Abnormal effective fronto-limbic connectivity during emotion processing in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 72, 1.-8.
- Pregrad, J. (1996). Stres, trauma, oporavak. *Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.*
- Puchta, C., & Potter, J. (2004). *Focus group practice*. Sage.
- Rexhaj, S., Python, N. V., Morin, D., Bonsack, C., & Favrod, J. (2013.). Correlational study: illness representations and coping styles in caregivers for individuals with schizophrenia. *Annals of general psychiatry*, 12(1), 27.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008.). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246.-255.
- Robbins, M. (1992). Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: Schizophrenia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(2), 425.-454.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003.). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 56(2), 299-312.
- Shapiro, S. L., Lopez, A. M., Schwartz, G. E., Bootzin, R., Figueredo, A. J., Braden, C. J., & Kurker, S. F. (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 501.-519.
- Sheldrick, R., Tarrier, N., Berry, E., & Kinsey, J. (2006). Post-traumatic stress disorder and illness perceptions over time following myocardial infarction and subarachnoid haemorrhage. *British journal of health psychology*, 11(3), 387.-400.
- Skoko, B., & Benković, V. (2009.). Znanstvena metoda fokus grupa-mogućnosti i načini primjene. *Politicka Misao: Croatian Political Science Review*, 46(3).
- Stanton, Annette L., Revenson, Tracey A., Tennen Howard (2007.). Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review Psychology*, 58:13.1–13.28.
- Svjetska zdravstvena organizacija. MKB-10 (1999). *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Klinički opisi i dijagnostičke smjernice*. Deseta revizija. Medicinska naklada, Zagreb.
- Štrkalj- Ivezić, S., Bagarić A., Filipac, V., Urić, I., Jukić-Kušan, M., John, N., i Ćaćić, P. (2011.). Procjena radne sposobnosti, radna rehabilitacija i zapošljavanje osoba sa psihičkom bolesti. U: Štrkalj-Ivezić, S., Lovrić, M. *Zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja Smjernice za poslodavce, korisnike i stručnjake*. Zagreb, Udruga Svitanje.

- Štrkalj-Ivezić, S., & Martić-Biočina, S. (2010.). Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 46(3), 318.-324.
- Štulina, S. (2007). *Doživjeti srce srcem*. (Doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu).
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408.-415.
- Vollmann, M., Scharloo, M., Salewski, C., Dienst, A., Schonauer, K., & Renner, B. (2010.). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: Comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of affective disorders*, 125(1), 213. -220.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010.). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49.-62.
- Walker, J. G., Jackson, H. J., & Littlejohn, G. O. (2004.). Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical psychology review*, 24(4), 461.-488.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Watson, P. W. B., Garety, P. A., Weinman, J., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., ... & Kuipers, E. (2006). Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychological Medicine*, 36(6), 761.-770.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996.). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431.-445.
- Williams, K., & Steer, H. (2011.). Illness perceptions: are beliefs about mental health problems associated with self-perceptions of engagement in people with psychosis?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 151-163.

8. Prilog 1

Revidirani upitnik doživljaja bolesti

(eng. *Illness perception questionnaire– Revised, IPQ-R*)

VAŠA MIŠLJENJA O VAŠOJ BOLESTI

Pred Vama su ispisani različiti simptomi koje ste mogli, ali i niste morali osjetiti od kada bolujete. Molimo Vas **zaokružite DA** ili **NE** ovisno o tome jeste li osjetili neke od ovih simptoma u razdoblju od kad bolujete.

U drugom stupcu **zaokružite DA** ili **NE** ovisno o tome mislite li da su ti simptomi vezani općenito za vašu bolest, bez obzira jeste li ih osjetili ili ne.

	Osjetio sam ovaj simptom u razdoblju od kad bolujem		Ovaj simptom vezan je za Vašu bolest općenito	
bol	DA	NE	DA	NE
bolovi u grlu	DA	NE	DA	NE
mučnina	DA	NE	DA	NE
zadihanost	DA	NE	DA	NE
gubitak težine	DA	NE	DA	NE
umor	DA	NE	DA	NE
ukočeni zglobovi	DA	NE	DA	NE
bolne oči	DA	NE	DA	NE
piskutavo disanje	DA	NE	DA	NE
glavobolje	DA	NE	DA	NE
bolovi u želucu	DA	NE	DA	NE
poteškoće sa spavanjem	DA	NE	DA	NE
vrtočlatica	DA	NE	DA	NE
gubitak snage	DA	NE	DA	NE

Ovim upitnikom željeli bismo se upoznati s vašim osobnim viđenjem bolesti od koje bolujete. Molim Vas da označite u kojoj mjeri se slažete ili ne slažete s navedenim tvrdnjama o Vašoj bolesti. Prilikom odgovaranja odaberite broj od 1 (izrazito se ne slažem) do 5 (izrazito se slažem).

		izrazito se ne slažem	ne slažem se	niti se slažem niti se ne slažem	slažem se	izrazito se slažem
IP1	Moja bolest će kod mene kratko trajati.	1	2	3	4	5
IP2	Moja bolest će kod mene vjerojatno biti trajna, a ne privremena.	1	2	3	4	5
IP3	Moja bolest će kod mene trajati dugi period.	1	2	3	4	5
IP4	Ova bolest će brzo proći.	1	2	3	4	5

		izrazito se ne slažem	ne slažem se	nit i se slažem nit i se ne slažem	slažem se	izrazito se slažem
IP5	Očekujem da ću bolovati od ove bolesti do kraja života.	1	2	3	4	5
IP6	Moja bolest je ozbiljna.	1	2	3	4	5
IP7	Moja bolest ima značajne posljedice na moj život.	1	2	3	4	5
IP8	Moja bolest ne utječe mnogo na moj život	1	2	3	4	5
IP9	Moja bolest jako utječe na to kako me drugi doživljavaju.	1	2	3	4	5
IP10	Moja bolest ima ozbiljne financijske posljedice.	1	2	3	4	5
IP11	Moja bolest uzrokuje poteškoće za sve moje bližnje.	1	2	3	4	5
IP12	Puno toga mogu učiniti kako bi kontrolirao svoje simptome.	1	2	3	4	5
IP13	Ono što činim može odredit i hoće li mi se stanje popraviti ili pogoršati.	1	2	3	4	5
IP14	Tijek moje bolesti ovisi o meni.	1	2	3	4	5
IP15	Ništa što ja poduzimam ne može utjecati na bolest od koje bolujem.	1	2	3	4	5
IP16	Imam snagu kojom mogu utjecati na svoju bolest.	1	2	3	4	5
IP17	Moji postupci neće utjecati na konačni ishod moje bolesti.	1	2	3	4	5
IP18	Moja bolest će se s vremenom poboljšati.	1	2	3	4	5
IP19	Malo je toga što se može učiniti kako bi se bolest poboljšala.	1	2	3	4	5
IP20	Terapija koju primam će biti uspješna u izlječenju moje bolesti.	1	2	3	4	5
IP21	Negativni učinci moje bolesti mogu se spriječiti (izbjeći) terapijom koju primam.	1	2	3	4	5
IP22	Moja terapija može kontrolirati moju bolest.	1	2	3	4	5
IP23	Ne postoji ništa što može pomoći mome stanju.	1	2	3	4	5
IP24	Zbunjuju me simptomi moje bolesti.	1	2	3	4	5
IP25	Moja bolest za mene je neobjašnjiva.	1	2	3	4	5
IP26	Ne razumijem svoju bolest.	1	2	3	4	5
IP27	Moja bolest nema nikakvog smisla za mene.	1	2	3	4	5
IP28	Imam jasnu sliku o svojoj bolesti i razumijem svoju bolest.	1	2	3	4	5
IP29	Simptomi moje bolesti značajno se mijenjaju iz dana u dan	1	2	3	4	
IP30	Moji simptomi dođu i odu u ciklusima.	1	2	3	4	5
IP31	Moja bolest je vrlo nepredvidiva.	1	2	3	4	5
IP32	Prolazim kroz bolje i lošije faze	1	2	3	4	5

	u svojoj bolesti.					
IP33	Postanem depresivan kad razmišljam o svojoj bolesti	1	2	3	4	5
IP34	Uzrujam se kad razmišljam o svojoj bolesti.	1	2	3	4	5
IP35	Moja bolest me ljuti.	1	2	3	4	5
IP36	Moja bolest me ne zabrinjava.	1	2	3	4	5
IP37	Zbog ove bolesti osjećam se tjeskobno.	1	2	3	4	5
IP38	Moja bolest me plaši.	1	2	3	4	5

Uzroci moje bolesti

Željeli bismo doznati što Vi mislite što je uzrokovalo Vašu bolest. S obzirom da su ljudi različiti, ne postoji točan odgovor na to pitanje. Posebno nas zanimaju Vaš osobni pogledi na faktore koji su uzrokovali bolest bez obzira na sugestije i mišljenje drugih kao što su liječnici i obitelj.

Dolje u tablici nalazi se lista mogućih uzroka Vaše bolesti. Molim Vas da označite u kojoj mjeri se slažete ili ne slažete s navedenim mogućim uzrocima Vaše bolesti. Prilikom odgovaranja odaberite broj od 1 (izrazito se ne slažem) do 5 (izrazito se slažem).

	Mogući uzroci	izrazito se ne slažem	ne slažem se	niti se slažem niti se ne slažem	slažem se	izrazito se slažem
C1	Stres i zabrinutost	1	2	3	4	5
C2	Genetika- bolest postoji u mojoj obitelji	1	2	3	4	5
C3	Bakterija ili virus	1	2	3	4	5
C4	Dijeta ili način prehrane	1	2	3	4	5
C5	Slučajnost ili loša sreća	1	2	3	4	5
C6	Loša medicinska skrb u prošlosti	1	2	3	4	5
C7	Zagađenje okoliša	1	2	3	4	5
C8	Moje ponašanje	1	2	3	4	5
C9	Moj način razmišljanja npr. Negativni pogled na svijet	1	2	3		5
C10	Obiteljske brige i problemi su uzrok bolesti	1	2	3	4	5
C11	Previše rada	1	2	3	4	5
C12	Moje emocionalno stanje npr. osjećaj potištenosti, usamljenosti, tjeskobe i praznine	1	2	3	4	5
C13	Starenje	1	2	3	4	5
C14	Alkohol	1	2	3	4	5
C15	Pušenje	1	2	3	4	5
C16	Nesreća ili ozljeda	1	2	3	4	5
C17	Moje osobine ličnosti	1	2	3	4	5
C18	Narušen imunitet	1	2	3	4	5

Na linije ispod napišite tri najbitnija faktora za koja vjerujete da su uzrokovala vašu bolest.
Pri tome možete upotrijebiti uzroke navedene u tablici iznad ili možete dodati vlastite.

Tri najvažnija uzroka moje bolesti su:

1. _____
2. _____
3. _____

8.1. Prilog 2

Pitanja koja su korištena u fokusnim grupama s oboljelima od depresije/shizofrenije /PTSP-a:

1. Što je za Vas depresija/shizofrenija/PTSP?
2. Koliko dugo mislite da traje?
3. Kako zapravo izgleda depresija/shizofrenija/PTSP?
4. Može li se na nju utjecati?
5. Je li izlječiva?

6. Što Vam prvo pada na pamet kada netko kaže depresija/shizofrenija/PTSP?
7. Je li se mijenjalo Vaše mišljenje o depresiji/shizofreniji/PTSP-u?
8. Na koji način se mijenjalo?
9. Kakva je depresija/shizofrenija/PTSP u odnosu na druge psihičke bolesti?
10. Je li lakša/ teža? (u smislu kako se vide u odnosu na druge)
11. Po čemu je lakša ili teža?

12. Kako ste se osjećali kada su Vam rekli da bolujete od depresije /Shizofrenije /PTSP-a ?
13. Kako se osjećate kad nekome trebate reći od čega bolujete?
14. Kako se osjećate kad Vam netko kaže da ste depresivan/psihotičan/impulzivan tj. psihički bolesni?

15. Što misle Vaši bližnji o depresiji/ shizofreniji/ PTSP-u?
16. Što misle drugi ljudi koje susrećete o depresiji/shizofreniji/ PTSP-u?
17. Kako se ljudi koji znaju da ste bolesni ponašaju prema Vama?
18. Kako se ljudi ponašaju prema Vama kada čuju da ste bolesni?

19. Da čujete da je netko drugi obolio od iste bolesti kao i Vi, što biste mu savjetovali?

8.2. Prilog 3

Tablica 12

Deskriptivni prikaz oboljelih po pojedinim dijagnostičkim kategorijama.

	depresija	shizofrenija	PTSP
<i>N</i>	58	58	44
spol (ženski %)	67,2	22,4	6,8
dob (<i>M/sd</i>)	48,7(9,12)	38,6(9,05)	47,3(7,50)
Obrazovanje (%)			
oš	15,5	8,6	15,9
sss	65,5	74,1	63,6
vsš	8,6	5,2	18,2
vss	10,3	12,1	2,3
Radni status (%)			
zaposlen	50,0	20,7	22,7
nezaposlen	1,7	37,9	18,2
u mirovini	20,7	36,2	54,5
student	25,9	5,2	2,3
honorarni posao	1,7		2,3
Bračni status (%)			
samac	24,1	67,2	13,6
u izvanbračnoj zajednici	10,3	6,9	11,4
oženjen/udana	44,8	17,2	38,6
razveden/a	15,5	5,2	31,8
udovac/udovica	5,2	3,4	4,5
Suživot (<i>f</i>)			
suprug/a i djeca	21	9	14
nevjenčani suprug i djeca	1		1
nevjenčani suprug s njegovom obitelji		1	
roditelji, suprug i djeca	1		1
suprug/a	4	1	1
roditelji	2	18	2
sam	14	9	13
kćer/sin	8	2	1
partner	2	2	4
majka	2	8	2
otac		1	
prijatelj	1		
sestra/brat	2	2	
majka i sestra/brat		4	
supruga, djeca, majka, sestra s obitelji			1
bivša supruga			2
sestrična		1	1
udomiteljska obitelj			1

Tablica 12- nastavak
 Deskriptivni prikaz oboljelih po pojedinim dijagnostičkim kategorijama

	depresija	shizofrenija	PTSP
mjesto u kojem trenutno živi (%)			
selo	22,4	27,6	29,5
manje mjesto (do 10 000 stanovnika)	20,7	17,2	18,2
manji grad (do 100 000 stanovnika)	10,3	12,1	25
grad (do 500 000 stanovnika)	1,7	6,9	2,3
veliki grad (više od 500 000 stanovnika)	44,8	36,2	25
mjesto u kojem je živio do punoljetnosti (%)			
selo	41,4	24,1	43,2
manje mjesto (do 10 000 stanovnika)	15,5	19	11,4
manji grad (do 100 stanovnika)	10,3	6,9	15,9
grad (do 500 000 stanovnika)	5,2	12,1	4,5
veliki grad (više od 500 000 st.)	27,6	37,9	25
prosječni broj hospitalizacija $M(sd)$	4,6 (5,13)	9,1(7,09)	8,9(6,22)
trajanje liječenja $M(sd)$	12,9 (9,75)	15,5(7,44)	16,9 (6,40)
netko od članova obitelji također oboljeli od slične bolesti (%)	36,2	41,4	13,6
tretman uključuje (%)			
lijekove	96,6	91,4	93,2
psihoterapiju	79,3	67,2	68,2
klub pacijenata	12,1	22,4	13,6
alternativne metode	6,9	17,2	15,9
informacije o bolesti (%)			
od liječnika	86,2	74,1	86,4
iz stručnih knjiga	19	25,9	4,5
putem Interneta	29,3	34,5	25
putem foruma	6,9	12,1	2,3
od drugih oboljelih	37,9	32,8	29,5
od poznanika koji znaju više	10,3	6,9	22,7

8.3. Prilog 4

Tablica 13

Pearsonova korelacija između subskala upitnika IPQ-R i upitnika BDI kod svih oboljelih od depresije.

	Ukupni rezultat BDI	Identitet	Trajanje bolesti	Posljedice	Osobna kontrola	Kontrola putem tretmana	Razumijevanje bolesti	Cikličnost bolesti	Emocionalna prilagođenost
Ukupni rezultat BDI	1	-,39**	,40**	,22	-,24	-,45**	-,23	,08	,24
Identitet		1	-,20	-,18	,22	,21	,01	-,18	-,11
Trajanje bolesti			1	,28*	-,28*	-,36**	-,21	,31**	,09
Posljedice				1	,02	-,051	-,27*	,33**	,45**
Osobna kontrola					1	,52**	,24	-,04	-,21
Kontrola putem tretmana						1	,35**	-,08	-,38**
Razumijevanje bolesti							1	-,19	-,31**
Cikličnost bolesti								1	,38**
Emocionalna prilagođenost									1

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablica 14

Pearsonova korelacija između subskala upitnika IPQ-R i upitnika PANSS kod svih oboljelih od shizofrenije.

	Pozitivna skala ukupno	Negativna skala ukupno	Panss ukupni rezultat	Identitet	Trajanje bolesti	Posljedice	Osobna kontrola	Kontrola putem tretmana	Razumijevanje bolesti	Cikličnost bolesti	Emocionalna prilagođenost
Pozitivna skala	1	,26*	,63**	,14	-,25	-,25	,24	-,18	,22	-,25	-,12
Negativna skala		1	,71**	-,08	-,17	,05	-,08	-,21	-,19	-,00	-,03
Panss ukupni			1	-,02	-,23	-,13	,03	-,18	-,07	-,09	-,05
Identitet				1	,07	-,29*	-,00	-,19	,19	-,15	-,29*
Trajanje bolesti					1	,42**	-,04	,15	-,11	,29*	,12
Posljedice						1	,04	,15	-,24	,40**	,59**
Osobna kontrola							1	,44**	,36**	-,36**	-,01
Kontrola putem tret.								1	,25*	,17	-,05
Razumijevanje bolesti									1	-,35**	-,49**
Cikličnost bolesti										1	,24
Emocionalna prilagođenost											1

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablica 15

Pearsonova korelacija između subskala upitnika IPQ-R i upitnika M-PTSD kod svih oboljelih od PTSP-a

	M-PTSD ukupni rezultat	Identitet	Trajanje bolesti	Posljedice	Osobna kontrola	Kontrola putem tretmana	Razumijevanje bolesti	Cikličnost bolesti	Emocionalna prilagođenost
M-PTSD ukupni rezultat	1	,01	-,32*	,17	-,00	,16	,22	,19	,04
Identitet		1	-,08	-,11	-,18	,01	-,15	-,18	,15
Trajanje bolesti			1	,39**	-,09	-,29*	-,10	,01	,36**
Posljedice				1	-,08	-,04	,21	,03	,42**
Osobna kontrola					1	,53**	,07	,14	,02
Kontrola putem tretmana						1	,18	,29*	-,06
Razumijevanje bolesti							1	,03	-,18
Cikličnost bolesti								1	,07
Emocionalna prilagođenost									1

* $p < .05$; ** $p < .01$

Životopis

Ana Majdančić, rođena 31.03.1984.g. u Vinkovcima gdje završava osnovnu školu i gimnaziju. Na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, na Odsjeku za psihologiju, diplomirala 2008.g. Pripravnički staž završava na Klinici za psihijatriju Vrapče te nastavlja raditi u Psihijatrijskoj bolnici „Sv. Ivan“ sve do kraja 2017.g. u okviru psihologijske procjene psihijatrijskih pacijenata, grupnih tretmana Dnevne bolnice za stres i traumu i terapijskog programa za granične poremećaje ličnosti (RIO). Danas zaposlena na Odjelu za psihijatriju u Općoj županijskoj bolnici Vinkovci. Tri godine (2007.-2010.) provodi u grupnom i individualnom radu s djecom s poteškoćama u učenju u Centru za djecu i obitelj „Modus“, Zagreb. Od 2010.g. sve do 2017.g. bavi se psihoeducacijom te savjetodavnim radom u Udruzi žena oboljelih i liječenih od raka dojke, njihovih obitelji i prijatelja: "Sve za nju". Svoje terapijsko i savjetodavno znanje i iskustvo stječe kroz edukaciju iz bihevioralno-kognitivne terapije (2015.g. polaže drugi stupanj edukacije), pripremnu izobrazbu iz grupne analize (2012./2013.) te grupni i individualni rad sa različitim psihijatrijskim pacijentima. Također, već nekoliko godina sudjeluje kao suradnik u nastavi na Katedri za kliničku psihologiju, na Odsjeku za psihologiju, Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Član je Hrvatske psihološke komore, Hrvatskog psihološkog društva te Hrvatskog udruženja bihevioralno- kognitivne terapije.